

Urias (A)
FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVE EXPOSICIÓN
DE LA
BLENORRAGIA URETRAL EN EL HOMBRE

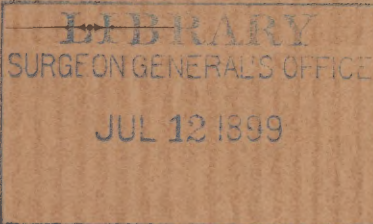
TESIS

PRESENTADA PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

POR

ANTONIO URÍAS

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México.
Ex-practicante del Hospital General de San Andrés. Practicante interno
del Hospital Español.
Miembro de la Sociedad Filoiátrica.



MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARIA DE FOMENTO

CALLE DE SAN ANDRÉS NÚM 15.

1893

*Sr. Profesor. D. José Ma. Brander, Sindaco
Propietario*

C. Pfe.

FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVE EXPOSICIÓN

DE LA

BLENORRAGIA URETRAL EN EL HOMBRE

TESIS

PRESENTADA PARA EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUGIA Y OBSTETRICIA

POR

ANTONIO URÍAS

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina de México.
Ex-practicante del Hospital General de San Andrés. Practicante interno
del Hospital Español.
Miembro de la Sociedad Filoiátrica.

LIBRARY
SURGEON GENERAL'S OFFICE

JUL 12 1899

MÉXICO

OFICINA TIP. DE LA SECRETARIA DE FOMENTO

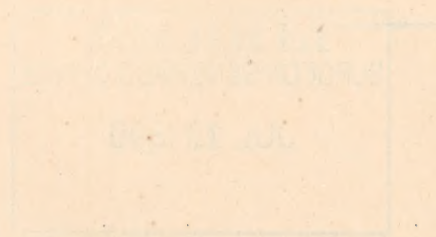
CALLE DE SAN ANDRÉS NÚM 15.

—
1893

REZONANCA LITERARĂ ÎN EL HOMBRU

1934

1934



MEXICO

1934

A LA MEMORIA DE MIS PADRES.

A MIS HERMANOS.

A MIS MAESTROS.

Pequeña muestra de gratitud

PREFACIO.

LA blenorragia tiene por sitio habitual la mucosa de los órganos genitales, y por modo de transmisión más general el contacto intersexual; por esto es que pertenece al grupo de las enfermedades venéreas. La conjuntiva, la mucosa anal y tal vez la mucosa nasal, pueden afectarse también al contacto del moco-pus blenorragico; mas ninguna de las localizaciones de la blenorragia es tan frecuente como la mucosa uretral del hombre, razón por la cual, y también por las diversas cuestiones de orden patológico y social que engendra, todos los autores toman como tipo de las afecciones blenorragicas la blenorragia uretral.

A su vez la uretra del hombre, si bien es cierto que puede inflamarse y supurar por multitud de causas, no es menos cierto que los casos de inflamación uretral no específica constituyen una débil minoría, en relación con las inflamaciones blenorragicas; así, la blenorragia uretral domina y absorbe el grupo de las flegmasías uretrales.

La bacteriología ha sido fecunda para la blenorragia en cuestiones del orden especulativo. Antes de Neisser,

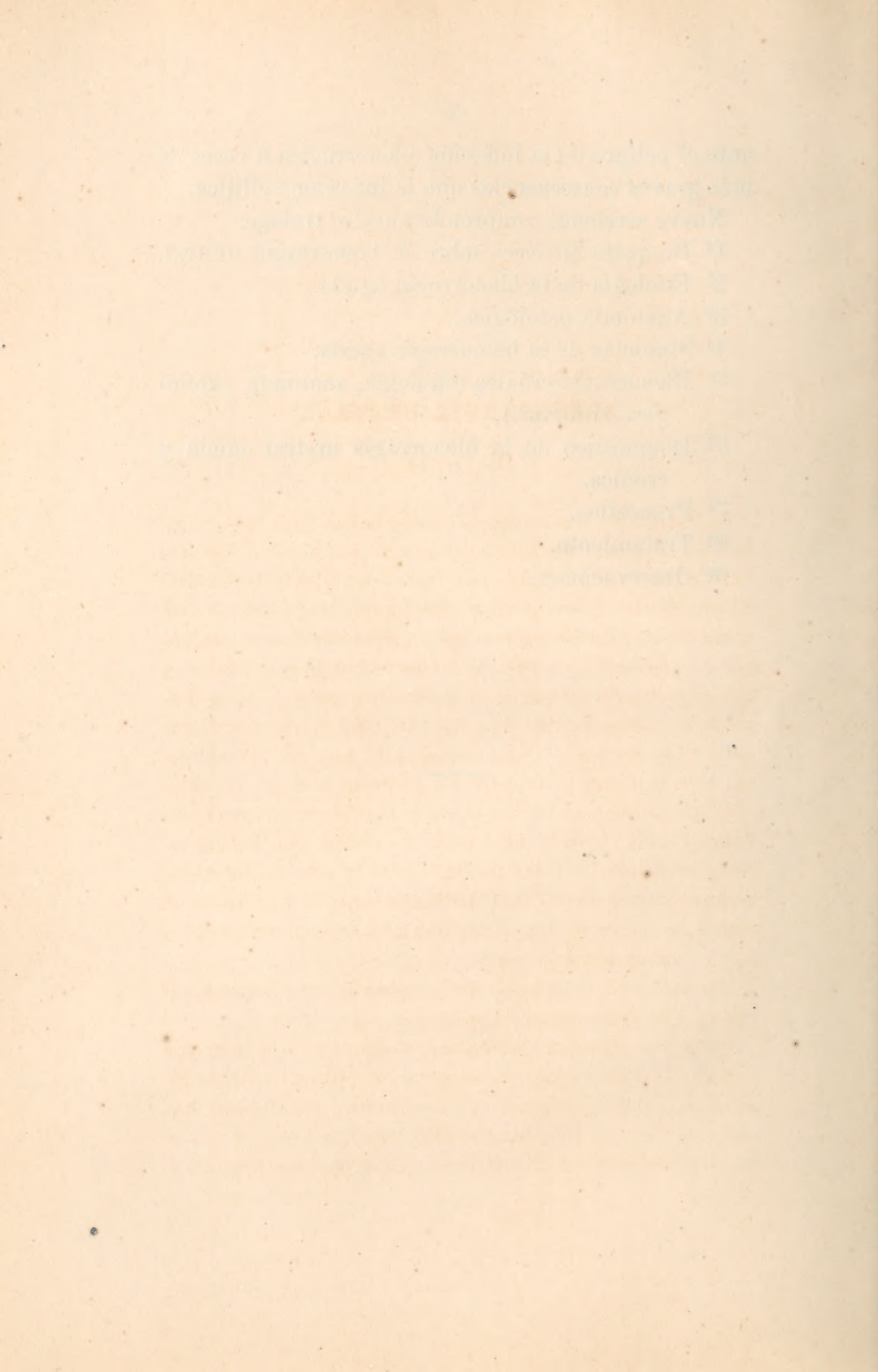
la naturaleza específica de esta enfermedad no se apoyaba sino en consideraciones clínicas y experiencias con el moco-pus blenorragico, faltaba un reconocimiento material que se impusiese. El micrococus de Neisser, instrumento de precisión, para constituir y demostrar la teoría nos suministra á la vez el mejor medio de diagnóstico. La flegmasía uretral blenorragica, proviniendo de una causa especial, tiene caracteres especiales, incubación, contagio, expresión clínica; entrando en el dominio de la bacteriología, su evolución reproduce la de los seres microscópicos; así comprenderemos diversos fenómenos, sin esto inexplicables, del curso de la enfermedad, como la incubación, su paso del estado contagioso al no contagioso y recíprocamente, su resurrección, etc.; pero á pesar de sernos conocida la naturaleza de la blenorragia uretral, de saber distinguirla y explicar su evolución, á pesar aun de los progresos recientes de la anatomía patológica, el objeto esencial, el desideratum del médico práctico, el tratamiento, es todavía un problema que resolver; la terapéutica empírica ha fracasado desde la más remota antigüedad hasta nuestros días; la reciente terapéutica racional, científica, es aún insuficiente; pero, en fin, poseemos ya la clave del tratamiento racional; no debemos dejarnos arrastrar por el escepticismo, y tal vez no esté lejos el día en que podamos decir que curamos la blenorragia.

Indistintamente esparcida en las diversas clases sociales la blenorragia uretral, lejos de disminuir, es por el contrario más frecuente cada día; hoy que existen constancias de sus funestas complicaciones, se le reconoce su importancia, y la ciencia no debe quedar inerte

ante el peligro de la infección blenorragica á veces de más graves consecuencias que la infección sifilítica.

Nueve secciones comprende nuestro trabajo:

- 1ª Bosquejo histórico sobre la blenorragia uretral.
 - 2ª Etiología de la blenorragia aguda.
 - 3ª Anatomía patológica.
 - 4ª Síntomas de la blenorragia aguda.
 - 5ª Blenorragia crónica (etiología, anatomía patológica, síntomas).
 - 6ª Diagnóstico de la blenorragia uretral aguda y crónica.
 - 7ª Pronóstico.
 - 8ª Tratamiento.
 - 9ª Observaciones.
-



BLENORRAGIA URETRAL.

HISTORIA.

La historia de la blenorragia comienza con la de la humanidad; en los anales del pueblo hebreo se encuentran vestigios de esta enfermedad. "El hombre que esté afectado del escurrimiento de semen será impuro, y se juzgará que sufre de este accidente cuando á cada momento afluya un humor impuro que se pegará á su carne; todos los lechos en que duerma y todos los lugares en que se siente serán impuros," decía Moisés á los descendientes de Israel. Hé aquí lo que dice Herodoto: "Los Escitas, al dejar la ciudad de Ascalón, se condujeron bien la mayor parte; pero un pequeño número de entre ellos que permanecieron en la ciudad, pillaron el templo de Venus Urania. Pero la diosa envió á aquellos que habían pillado su templo y á sus descendientes la enfermedad de las mujeres (*θηλειαν νοσον*).” Los Escitas reconocen que tal es el origen de la enfermedad, y que todos los que están atacados de ella son malditos (*ἐναρεατ*).

Hipócrates sólo nos habla de un escurrimiento blanco amarillento que causa escosor y punzadas.

Hasta principio de nuestra éra, inclusive Galeno y la mayor parte de los autores latinos, se creyó en el escurrimiento de esperma, y el término gonorrea (*γόνοτ* semen, *ρῆω* escurro) consagró este error; sin embargo, Celso, anterior á Galeno, ya le da otro origen: habla de una úlcera que es la causa de un escu-

rrimiento abundante de *pituita*. “La úlcera descende á lo largo de los nervios y se desprende de ella mucha *pituita*.”

En la edad media los árabes y los arabistas, herederos de los conocimientos de sus predecesores, son más explícitos; han conocido no solamente la blenorragia, sino también la mayor parte de sus complicaciones: cistitis, orquitis, abscesos periretrales, fistulas urinarias.

Avicenne habla de las úlceras interiores del pene, según la idea que ya se tenía de la naturaleza de esta enfermedad.

Rhases nos advierte de sus consecuencias: “Cuando la *saries* disminuye, si el escurrimiento llega á ser de más en más laborioso, tú sabrás que una carne exuberante se ha producido en el canal.”

Haly Abbas habla de una enfermedad que “se manifiesta por un ardor de orina con dificultad grande de la micción y escurrimiento de un humor abundante.

El cuarto artículo del famoso Reglamento de la Reina de Sicilia data del 8 de Agosto de 1347; prescribía el aislamiento de las jóvenes del Bourdeau atacadas “del mal que provenía de la lascivia.” Así, pues, contagiosidad, síntomas y complicaciones eran conocidas, parcialmente al menos, tanto en los tiempos primitivos como en épocas próximas á inaugurarse la historia moderna; sólo el origen del escurrimiento escapó completamente no sólo á las edades anteriores á la moderna, sino también á la mayor parte de ésta, pues á mediados del siglo XVIII Zeller, Varren, Littre, Astruc y otros muchos la atribuían á úlceras profundas ó á lesiones de las glándulas de Cooper, de la próstata ó de las vesículas seminales.

Hacia el año de 1492 estalló la gran epidemia de sífilis, que en poco tiempo invadió la Europa entera y todos los países que tenían relaciones con las naciones civilizadas; su instantaneidad, su violencia, su fulminante propagación, llamaron la atención no sólo de los médicos sino también de las personas extrañas á la medicina, para quienes pareció ser como la quinta esencia de todas las enfermedades. No es, por lo tanto extraño, que la blenorragia fuese olvidada por algún tiempo, y

que cuando apareció de nuevo en los escritos no se le considerase ya como una enfermedad independiente, sino que se le refiriera á la sífilis y llegara á ser un síntoma del mal francés; igual suerte corrió el chancrillo, y reuniéndose las tres enfermedades venéreas en un solo haz, se creó la doctrina de la identidad. Debemos advertir, sin embargo, que si el olvido de la blenorragia fué general, no fué absoluto, pues hubo algunos médicos que siempre supieron verle y distinguirle. Rabelais hace mención de ella en el segundo libro de su obra. En 1532 el jocoso maestro Alcofribas escribió el pasaje siguiente, que llegó á ser popular desde su aparición: “El buen Pontagruel cayó enfermo, y estuvo tan mal del estómago que no podía beber ni comer, y porque una desgracia no viene nunca sola, le vino una blenorragia que le atormentó más de lo que pensareis; pero sus médicos le auxiliaron muy bien, y á fuerza de drogas lenitivas y diuréticas le hicieron orinar su desgracia.” Falopio daba, pues, prueba de poca erudición cuando escribía en 1560: “no hace sino quince años que se ha observado la gonorrea.” Debemos advertir igualmente que si el dogma de la identidad tuvo una fortuna considerable, al grado que se conservase hasta el primer tercio de nuestro siglo, eleváronse sin embargo protestas contra él desde corto tiempo después de su creación. Musa Brassavolus desde 1533 había establecido esta proposición: “*gonorrhea gonorrhœam parit, non autem panos vel bubones, ne que in pene vel preputio pustulas.*”

Después de Musa Brassavolus la doctrina de la identidad fué admitida sin réplica cerca de dos siglos. Ambrosio Paré, hablando del contagio de la blenorragia, escribe en su libro décimo nono: “que se adquiere por haber habitado con alguna que tuviese alguna úlcera en las partes pudendas, alguna materia que proceda de la sífilis, que insinuándose en las partes genitales les infecta y á veces todo el cuerpo.”

Para Nicolás de Blegny no existe sino un virus cuyos efectos pueden diferir, “porque, por ejemplo, el espesamiento que los ácidos venéreos causan en las sustancias líquidas, y las fermentaciones que le siguen, son ordinariamente acompañadas

de los accidentes de la sífilis, cuando llegan en la sangre, ó de la gonorrea cuando se hacen en el semen."

Juan Luis Petit describe con mano maestra los accidentes de la blenorragia: orquitis, reumatismo, oftalmia, que solos, dice, pueden, cuando se producen, impedir la generación de la enfermedad y la declaración de la sífilis.

Astruc, por su parte, cree que la gonorrea no causa jamás la sífilis, "con tal que el semen ó el licor seminal infectado de virus escurra abundante y libremente."

A principios del siglo XVIII la doctrina de la identidad vuelve á ser discutida. Cockburne en 1715 emite la opinión que existen dos virus diferentes, uno para la gonorrea y otro para la sífilis; Boerhaave en 1753, Balfour en 1767, Benjamín Bell en 1793 trataron de demostrar la misma opinión. Vino en seguida el Tratado de Vacca Berlinghieri, después el de Swédiaur en 1807, que creó la palabra blenorragia (*βλεννα* moco, *παγη* desecho), y haciéndose en sí mismo una inyección de amoníaco encontró otro medio que la sífilis para provocarse un escurrimiento uretral.

Hunter, desde principios del siglo XVIII, quiso resolver la caestión de la identidad ó de la no identidad de las enfermedades venéreas, é inauguró un nuevo método de investigación, la inoculación de los contagios en cuestión. Desgraciadamente desde la primera inoculación hubo un grave error de experimentación, que debía, gracias á la autoridad del que lo habia cometido, obscurecer durante largo tiempo aún el estudio de los contagios venéreos. Hunter, después de haber inoculado en el glande y bajo el prepucio, en sí mismo, el producto de una secreción que creía blenorrágica, vió formarse ulceraciones en los lugares inoculados, y se reconoció más tarde todos los síntomas ordinarios de la sífilis. Había probablemente tomado por una blenorragia, un chanero indurado del canal de la uretra. Basándose en esta experimentación errónea, Hunter debió no pertenecer á la legión de los no identistas, que tuvieron que luchar un siglo más para triunfar de la doctrina tan errónea como antigua de la identidad.

En 1812 apareció el libro de Hernández, quien al único hecho de Hunter opuso diez y siete de inoculación gonorréica, verificadas en presidiarios, y con estas experiencias que han quedado célebres perdía la identidad su último argumento.

A las investigaciones de Hernández siguieron las de Ricord, el cual en 1831 á 1837 hizo en el Hospital du Midi millares de inoculaciones, confrontó los enfermos ya infectados con los que había inoculado, y con el testimonio de su serie numerosa de hechos pudo establecer definitivamente: La blenorragia no tiene ninguna relación con la sífilis; asimismo, ayudándose en sus investigaciones del espéculum y del examen microscópico, demostró la frecuencia del chancro intrauretral; creyó también Ricord como Swédiaur que la blenorragia no resulta de la acción de un virus específico, sino del transporte sobre esta mucosa de un pus cualquiera. A la doctrina no-identista se filiaron los numerosos alumnos de Ricord, particularmente Roquette de Nantes y Diday de Lyon. En una obra que quedará como un tipo acabado de polémica, Diday no teme desafiar á los identistas y prometer un premio al que le presente diez observaciones detalladas de sífilis constitucional debida á la blenorragia; Diday está aún en espera de estas observaciones.

En la época en que Ricord establecía definitivamente la autonomía de la blenorragia independiéndola de la sífilis se estaba en la aurora de la doctrina de Broussais, y los sifilógrafos de esta época: Jourdan, Desruelles, Richond des Brus, quienes no tardaron en negar la existencia de los virus venéreos; no hay para ellos blenorragia propiamente dicha, ni sífilis sino solamente inflamaciones venéreas, una uretritis, una balanitis, una vaginitis, etc. Ricord tuvo el mérito de reobrar contra la escuela de los avirulistas, en sus inoculaciones se esforzó en demostrar, contrariamente á las pretensiones de los innovadores, la existencia del virus sifilítico; verdad que estas inoculaciones no fueron hechas sino con el pus chancro simple.

Pero hizo á los no virulistas una concesión peligrosa respecto á la blenorragia, porque negó con ellos la existencia de todo principio virulento blenorragico, para no ver en esta enferme-

dad, sino una simple inflamación: "He primero estudiado, dice, la blenorragia respecto de sus causas, y he reconocido que podía nacer bajo la influencia de todas las que presiden ordinariamente á las inflamaciones catarrales, de tal manera, que una vez desarrollada era imposible por sus síntomas propios reconocer á cuál de estas causas era debida. Es necesario confesar sin embargo, que cuando he podido remontarme á la fuente del escurrimiento, he encontrado que otro escurrimiento lo había producido, y que así el moco-pus catarral parecía ser el irritante más eficaz para determinar la inflamación de las mucosas.

Ricord permaneció en esta profesión de fe tocante á la blenorragia; aun hoy es la opinión defendida por algunos de sus alumnos: Melchior Robert, Fournier, Jullien.

Confundida primero con la espermatorréa, más tarde atribuída á ulceraciones del canal, después descrita en la sífilis, ha sido independida de ésta para considerarle como de naturaleza puramente inflamatoria, olvidándose los caracteres que le son propios y que le asignan el lugar que le conviene en la nosología médica: la incubación y el contagio. Cuando las causas que presiden ordinariamente á las inflamaciones catarrales, obran sobre las mucosas, el efecto es inmediato, se revela pronto. Una membrana mucosa ha sufrido la acción del frío, del calor, frotamientos excesivos, el contacto de sustancias químicas que la descompongan, en el instante mismo se enrojece, se calienta y se pone dolorosa, al cuarto de hora se ve una tumefacción manifiesta y en algunas horas solamente una secreción morbososa se establece (para la uretra, por ejemplo, es una hora y media después de la inyección de una solución de nitrato de plata). Al contrario, si se deposita sobre la uretra una gota de pus específico, blenorragico, verdaderamente, habrá por término medio tres días de ausencia completa de todo síntoma objetivo ó subjetivo, de ausencia completa de dolor y de coloración morbosa de los tejidos, y solamente después de tres días el paciente sentirá el primer escosor y verá salir la primera gota. Si las inoculaciones hechas con el moco-pus de una ble-

norragia no atestiguan la existencia de una blenorragia virulenta, las de Ricord hechas con el pus del chanero simple, que tuvieron tan grande y tan legítimo renombre, no bastarán ya para demostrar la existencia de un principio virulento chaneroso, verdad es que los avirulistas actuales se apartan ya en parte de los fundadores de la doctrina y conceden en que hay una blenorragia virulenta, pero al lado de ella admiten una blenorragia como ellos le llaman simplemente inflamatoria catarral causada por los flujos menstrual, leucorreico, canceroso, etc., pero ningún líquido del cuerpo humano, ninguna secreción morbosa de la mucosa genital masculina ó femenina causa, como luego veremos, la blenorragia por simple contacto.

Los virulistas con el objeto de apoyar su tema no sólo en los caracteres propios de la blenorragia, en lo que la observación clínica y la inoculación les había enseñado, consideraciones que debían haber bastado para establecerla definitivamente, como han bastado para establecer la virulencia de la sífilis y del chanero simple, buscaron por el análisis química algún carácter especial en el moco-pus blenorragico, carácter que le distinguiese de los demás escurrimientos, y que además de que apoyase la teoría, explicase suficientemente la virulencia de la enfermedad; pero el resultado del análisis habiendo sido negativo, no habiendo encontrado nada de especial y preciso, se atribuyó entonces la contagiosidad del moco-pus á la naturaleza del elemento anatómico que le secreta.

Para Van Roosbroek el pus blenorragico debe su contagiosidad á las criptas mucosas, "para él estos órganos no suministran sino pus contagioso, y basta que una mucosa supure en su superficie, que sea la del ojo á la de la uretra, para que esta secreción sea contagiosa;" ¡pero cuántas supuraciones de estas hay que no tienen el menor grado de contagiosidad!

M. Thiry ha pensado también que el moco-pus blenorragico recibía sus propiedades contagiosas del elemento anatómico que le secreta; pero no es un elemento normal el que acusa, es un elemento patológico, la granulación. Para él no hay moco pus contagioso sino el que es suministrado por una mucosa

que ha llegado á ser granulosa por la inflamación, y el virus blenorragico sería para él el virus granuloso; pero muchas blenorragias existen sin granulaciones.

Sometiendo al examen microscópico el escurrimiento blenorragico Donné ha señalado, en 1844, la presencia de parásitos diversos, animales y vegetales tales como el vibrio Lineola y el trichomonas. Más recientemente, en 1862, M. Jousseau ha dado una nueva é ingeniosa teoría de la blenorragia, que cree poder atribuir al desarrollo del *Genitalia*. Este vegetal estaría constituido por largos filamentos de 0^m010 á 0^m020 que se multiplicarían con una rapidez sorprendente; pero ni la clínica ni la experimentación demostraron el papel de estos parásitos; pero en fin la calidad de contagio animado era por esto ya presentida.

Neisser en 1879 descubrió en el pus blenorragico un microorganismo (que se dice que Hallier lo había ya descrito en 1872), *Gonococcus*, *micrococcus gonorrhæ*, el *micrococcus* de Neisser, y dedujo según la presencia constante de este microbio en los productos de esta blenorragia, que representaba el agente virulento de la enfermedad. Neisser, que había examinado trece casos de leucorrea vaginal sin descubrir micrococcus, se los encontró en abundancia en dos jóvenes cuya enfermedad resultaba de un atentado; dos de las condiciones necesarias para afirmar que una bacteria dada es el agente de una enfermedad fueron satisfechas por Neisser mismo y después de él un gran número de médicos y algunos de ellos por largas series, han comprobado la presencia del gonococcus en todo escurrimiento blenorragico. Quedaba sin embargo, por establecer que era realmente el agente patógeno, por las inoculaciones con cultivos puros. En la epoca en que fueron hechas las primeras tentativas de Bouchard y Capitan de Bokai y Finkelstein, de Constantino Paul, la purificación de los cultivos gonocócicos no era absoluta; y las asociaciones bacterianas venían muchas veces á perturbar el resultado. Así Bouchard y Capitan habían observado inoculaciones negativas; Constantino Paul, sembrando la uretra de una mujer atacada de parálisis vesical persistente, no

había llegado sino á producir una flegmasía efímera que desapareció después de 24 horas. Bockhart, que tuvo la audacia experimental de inyectar un cuarto cultivo en el canal de un paralítico general, no había logrado sino hacerle morir al décimo día con una pneumonía y un absceso del riñón derecho, producido verosímilmente por una nefritis bacteriana ascendente. La siembra sobre cultivo sólido y el procedimiento de diagnóstico de Roux, permitieron en lo sucesivo verificar la pureza de los cultivos; en estas condiciones Bummi, Zeissl y algunos otros, han siempre visto sus inoculaciones seguidas de una blenorragia aguda, en la que siempre se han visto los mismos agentes patógenos; quedó así perfectamente establecido que el micrococcus de Neisser es el agente de la blenorragia.

El gonococcus ha sido hecho responsable de todas las complicaciones de la blenorragia, es así que se le acusa de las infecciones purulentas sobrevenidas á consecuencia de prostatitis agudas observadas por Guyon y Pitman; de las pielonefritis mortales descritas por Lallemand, Murchison, Delafield; de las peritonitis y flemones subperitoneales citados por Velpeau y Faucon, de los accidentes característicos constituyentes del reumatismo blenorragico; de las complicaciones medulares sobre las cuales Parmentier y Hayem han recientemente llamado la atención y aun de las peritonitis sobrevenidas en el curso de una blenorragia sin complicaciones sensibles; la presencia como el papel del gonococcus han parecido incontestables, en los abscesos periurtrales, en las adenitis supuradas de los blenorragicos, en las bartholinitis, en las supuraciones de los anexos en las artritis donde Pétrone, Kamerer y Bousquet, parecen haber revelado su existencia. La inyección subcutánea del pus blenorragico es inofensiva, ó no determina sino un proceso de supuración muy circunscrito; lo que atestigua ya en favor del gonococcus aptitudes piógenas limitadas. Pero todos los datos anteriores al procedimiento diagnóstico de Roux están expuestos á error; la pura morfología es ilusoria y es necesario el procedimiento de Roux para toda comprobación correcta del microbio de Neisser; así en las desastrosas complicaciones que

acabamos de citar, es más que probable que en la mayor parte de ellas la acusación al gonococcus sea ilusoria y sólo son útiles para dar idea de las consecuencias lejanas de la blenorragia como causa determinante ú ocasional. Desde que han usado el procedimiento diagnóstico de Roux, Bockhart y Legrain han confirmado las investigaciones negativas de Ehrlich y Vogt, de Kaske, de Aubert, que no habían encontrado el gonococcus en la artritis blenorragica, lo han buscado en vano en la sangre de los blenorragicos, en el líquido de los abscesos peri-uretrales, en el pus de una bartholinitis y de una adenitis supurada; Forgue y otros no le han encontrado en una gonartritis típica. Las supuraciones para-uretrales de la blenorragia muestran según Forgue las formas habituales de los micrococcus piógenos, sobre todo de los *micrococcoci aurei* etc., *albi*; en dos casos de bartholinitis supurada, Gersheim no ha encontrado sino estafilococcus. Es pues permitido conceder bajo el punto de vista de las complicaciones, un papel patógeno á estas bacterias asociadas.

Al lado del microbio de Neisser, viven en el pus de las uretritis formas de interés patológico muy secundario, cuya historia bacteriológica ha escrito Legrain: son los microorganismos de la supuración, *micrococcus pyogenes aureus et albus*; el *micrococcus suflavus*, diplococcus de elementos asimétricos, muy aplastados sobre su cara interna, que Bumm ha encontrado en el moco vaginal y las loquias, que Lustgarten y Mannaberg, han hallado en la uretra sana y que Legrain ha cultivado en las vaginalitis y bartholinitis supuradas. Después vienen el *micrococcus citreus conglomeratus*, encontrado por Bumm y Legrain en el pus blenorragico, diplococcus de elementos móviles, de lento desarrollo y de colonias amarillo limón; el *micrococcus ochroleucus* que Legrain ha encontrado en una uretritis de fiebre tifoidea; el microbio naranjado de la uretra que se encuentra en la uretritis simple; Legrain ha aun descrito un micrococcus blanco de colonias foliáceas que considera inofensivo, un diplococcus amarillo no liquefiante que vive en saprofito en la uretra, y algunas otras formas entre las cuales, bacilus que enumera con los números 1, 2 y 3, que son raros en el pus uretral

y parecen sin acción flogógena. De este estudio el gonococcus no sale atenuado como va'or patognomónico; sabemos simplemente que el microbio de Neisser tiene auxiliares entre los micro-organismos que habitan la uretra.

Sin embargo, ¿acaso no podría suceder que sin cesar de ser parasitaria la enfermedad no fuese siempre gonocóxica; que ciertas uretritis, susceptibles de inoculación y de contagio, fuesen debidas á la presencia de otro microbio que el de Neisser; que sin derogar á la gran ley actual de la patogenia virulenta se constituyera la dualidad ó pluralidad de las afecciones blenorragicas? Se asiste actualmente á una tentativa de este género; Bockhart, observando un cierto número de uretritis que se distinguen por una expresión sintomática propia y que al mismo tiempo eran contagiosas, sospechó que se tratase de una especie nueva de blenorragia; pero no se limitó ahí, y á las presunciones sacadas del simple examen clínico, unió en seguida los testimonios precisos de la rigurosa comprobación que la ciencia moderna exige: fijar por la clínica el carácter distintivo de su agente causal y mostrar este agente en todos los casos de la enfermedad que se le atribuye; que se puedan obtener cultivos puros del agente patógeno y que la inoculación de sus cultivos dé un resultado positivo; que se encuentre en los tejidos ó los humores de los sujetos inoculados, y establecer por el examen microscópico su identidad de forma en los dos sujetos, contaminante y contaminado. Bockhart, en el espacio de cuatro años, ha visto quince casos de uretritis que denomina pseudo-blenorragia, en que el hombre tomó la blenorragia de una mujer afectada de catarro uterino. La invasión se efectuó tres días después del coito. Hubo dolor y secreción más ó menos abundante, con rubicundez de los bordes del meato. El mal alcanzó su apogeo hacia el tercer día y duró siete á ocho días, dos veces solamente nueve á diez días. Excepto en estos dos últimos casos la enfermedad quedó limitada á la fosa navelar. En los dos casos más graves hubo tenesmo vesical, y la inflamación se extendió á la porción prostática de la uretra y al epidídimo.

Bockhart ha siempre encontrado, en estos escurrimientos, celdillas epiteliales, celdillas de pus, semejantes á las de la blenorragia; pero no ha encontrado gonococcus y en cambio siempre ha reconocido pequeños *cocci* de una forma especial, reunidos en diplococcus: la mitad de cada diplococcus presenta una forma ovoide, con las extremidades aplastadas. Las dimensiones de cada diplococcus eran muy variables. Su diámetro longitudinal oscilaba entre $\frac{9}{1000}$ de milímetro (para los individuos jóvenes) y $\frac{1}{5000}$ de milímetro (para los individuos de edad). El diámetro transversal de un medio diplococcus era, poco más ó menos, la mitad de su diámetro longitudinal. Además de su pequeño volumen, estos *cocci* tienen por segundo carácter que su coloración es más difícil que la de los gonococcus. Con uno de los casos llamados graves, Bockhart, ha hecho cultivos en placas de agar-agar y ha practicado con éxito, en un mismo individuo, dos inoculaciones con cultivos de la cuarta y séptima generación.

Tales son los hechos que Bockhart produce en apoyo de la pluralidad de blenorragia, que deben contarse como un precioso argumento en favor de su demostración. Pero esto no basta para probar que el pequeño coccus, agente de estas uretritis bastardas, sea de otra naturaleza que el gonococcus agente de la verdadera blenorragia. Hasta que se establezca su especialidad de origen, por una larga serie de transmisiones, se tendrá derecho á preguntarse, si la diferencia morfológica de este coccus con el gonococcus es una diferencia fundamental; por otra parte, aun cuando por una numerosa serie de transmisiones se llegase á demostrar que *gonococci* y *cocciculi*, no son variedades de una misma forma, sino que la individualidad de los *cocciculi* quedase perfectamente establecida; como la uretritis que causa no tiene la media de intensidad ni la duración habitual de la blenorragia, y además es de observación tan rara, para que Bockhart no le haya visto sino quince veces en cuatro años; el escurrimiento gonocócico es y queda, el tipo de la blenorragia verdadera.

ETIOLOGIA DE LA BLENORRAGIA.

La blenorragia causa la blenorragia, es decir, la infección gonocócica nace de gonococcus. Sobre este punto como dice Julien, no hay discusiones, experiencias, hechos clínicos, todo concuerda. Bejamín Bell, desde 1793 trató de establecer por sus experiencias este principio: depositando pus blenorragico, en incisiones hechas en el balano y en el prepucio, provocaba una balano-postitis que era á su vez contagiosa. Pero el contagio nace del simple contacto del moco-pus virulento con la mucosa uretral, balano prepucial y otras, aun cuando no estén siquiera escoriadas, no se necesita tampoco que el contacto sea de larga duración, ni que se produzca durante un período de excitación venérea, ni aun durante la erección. Sobre la mucosa balánica ó uretral, la materia blenorragica se ha depositado: el contagio tiene todas las probabilidades de realizarse; es lo que han demostrado las experiencias de Baumès y algunos otros, las de los oftalmologistas que han transportado al ojo la blenorragia uretral y á la uretra la blenorragia ocular. Baumès ha hecho dos inoculaciones: llevando en el canal de la uretra á dos pulgadas de profundidad el moco-pus blenorragico, dió nacimiento de esta manera á la blenorragia. Dos estudiantes de medicina hicieron una dolorosa experiencia: En una época en que ninguno de los dos había sufrido ni la blenorra-

gia ni la sífilis, cada uno se interpuso entre el glande y el prepucio un lechino impregnado de materia blenorragica; el uno fué atacado de una violenta balano-postitis, el otro habiendo penetrado en la uretra una parte del líquido depositado en el balano, sufrió una blenorragia que le duró más de un año.

En el mes de Marzo de 1837, escribe Baumès, "dos carpinteros ocurren á mi consulta gratuita del hospicio de la Guillotière. El uno se quejaba de dolor en la laringe, de pesantez en los testículos, de malestar general, fenómenos que pretendía existían desde hacía cuatro meses, época en que según el enfermo se había cortado con copaiba una blenorragia." Como insistiese el paciente en que la vuelta del escurrimiento lo curaba de todos sus males, Baumès introdujo en el canal del paciente moco-pus blenorragico tomado de un enfermo, camara-da del quejoso, que á petición de éste lo acompañó á la consulta, padecía una blenorragia de ocho días, la inoculación la hizo Baumès con una sonda acanalada impregnada de la materia blenorragica; introdujo su sonda con mucho cuidado en el canal uretral para no irritar la mucosa, habiendo penetrado la sonda hasta dos pulgadas de profundidad. Cinco días después se declaró una blenorragia que aun atendida por Baumès duró veinticuatro días.

La inoculabilidad del moco-pus blenorragico es sobre todo evidente, en los casos en que la enfermedad ha sido transportada accidentalmente ó con intención de la uretra al ojo. Sant-Ives, Astruc, Delpech, Ware, Travers y otros muchos aún, han referido observaciones muy precisas de oftalmía blenorragica, desarrollada por el moco-pus de la blenorragia uretral puesta accidentalmente en la conjuntiva. Observaciones análogas han sido hechas por Mahon, Sperino, Scarpa y otros más para la oftalmía purulenta de los recién nacidos, que estos autores atribuyeron razonadamente á la blenorragia de la madre, inoculada al ojo del niño al nacer.

En 1812 Jaeger de Viena, propuso tratar el panus de la córnea por el moco-pus blenorragico, y fueron tan numerosas las inoculaciones que se hicieron, tomando el moco-pus ya de

las blenofthalmías de los recién nacidos y de las de los adultos, ya de la blenorragia uretral, que ellas solas demostraron la identidad específica del escurrimiento uretral y de las blenofthalmías.

Jaeger y Piringer tomaban el moco-pus de los recién nacidos; Hairion empleaba sobre todo el pus de la blenorragia uretral, después de haberse asegurado que no había ni chancro simple, ni indurado en el canal. Recíprocamente Vetch habiendo tomado moco-pus del ojo de un adulto afectado de blenofthalmía, y habiéndole aplicado á la uretra de otros individuos, la inflamación uretral se hizo esperar cuando más treinta y seis horas. Bettinger y Pauli han hecho inoculaciones análogas; así dice este último "como la blenorragia de la uretra y de la vagina pueden dar nacimiento á la blenorragia de la conjuntiva, no puede haber duda sobre su identidad." Guyon se inoculó á él mismo el moco-pus de una blenofthalmía; el éxito fué completo, la blenorragia se manifestó al segundo día.

El contagio de la blenorragia es un hecho tan evidente, y los testimonios que suministra la observación son de tal manera numerosos, que parece increíble que una cuestión tan sencilla haya llamado la atención de los experimentadores; verdad es que las experiencias de inoculación fueron hechas principalmente cuando se preocupaban menos de saber lo que era, que lo que no era blenorragia.

El contagio por el coito, procedimiento habitual de transmisión de la blenorragia, tiene sus medios múltiples. El peligro es sobre todo grande para las coitos perezosos, refinados, que se tardan, pero amenaza también ese peligro nos dice Baumès, á aquellos que "han puesto solamente sin erección y sin ejercer el coito la extremidad del pene en contacto con la vulva, los grandes labios, la parte superior interna de los muslos, ensuciados un poco de materia blenorragica."

Se ha admitido la posibilidad de un contagio mediato, por una vagina que ha quedado indemne y que ha servido de simple intermediario entre un primer visitador infeccioso y un sucesor así contaminado. Ricord y A. Cullirier han demostrado,

el primero por un hecho de observación, el segundo por la experimentación, la posibilidad de un contagio semejante para los chanceros; respecto á la blenorragia, Diday es el único que cita un ejemplo: En el campo seis jóvenes tuvieron sucesivamente relaciones con una mujer declarada sana; uno de los actores de esta escena, estaba atacado de blenorragia folicular rebelde, su sucesor inmediato fué sólo contagiado: "Hay razón para decir, pregunta Diday, que éste ha sido contaminado por el fluido del folículo, depositado en la vagina de la mujer un instante antes?" Horand ha referido el caso de un estudiante de medicina contagiado por un coito bucal; Langlebert, Clere y Diday han relatado ejemplos análogos. El recto, aunque no blenorragico, puede también llegar á ser depositario del virus, y servir de medio de transmisión entre dos visitantes. Julien refiere á este propósito, una historia célebre entre los antiguos internos lyoneses. Finger recuerda que Winslow, en 1886, ha visto en un colegio particular una epidemia de blenorragias, salidas de un caso de infección y propagadas por pederastía. Este último argumento parece menos decisivo, puesto que sabemos que el ano no está garantizado contra la inflamación gonorreica.

Hay otro género de contagio mediato: El contagio mediato por medio de objetos inanimados. Depositada accidentalmente la materia blenorragica, sobre objetos que el acaso ó la necesidad hacen comunes á varios individuos (vestidos, sábanas, objetos de cirugía, etc.), si es llevado á los órganos genitales, puede llegar á ser, se comprende, el agente de un contagio múltiple. "No dudo, decía Siwédiaur, que yendo á los excusados, después de un hombre afectado de blenorragia, no esté expuesto á contraerle por el simple contacto ó frotamiento de la extremidad del pene contra las paredes, sobre un lugar donde haya moco-pus blenorragico.

Ningún líquido del cuerpo humano, ninguna secreción morbosa de la mucosa genital, masculina ó femenina, transmite por contacto la blenorragia si no contiene gonococus. Sin gonococus lo hemos dicho ya, no hay blenorragia verdadera.

Sobre la mucosa uretral, el pus vulgar no se inocular, ó no determina sino inflamaciones acortadas. Voillemier ha podido, durante una hora, dejar en el canal de dos enfermos una candelilla untada del pus de un absceso del muslo, y de un absceso ganglionar del cuello, sin provocar un escurrimiento uretral. Zeissl, en 1888, ha tomado pus de una uretra, producido por la permanencia de una sonda y le ha llevado en un canal sano: resultado negativo. Velander ha inoculado cinco veces, sin éxito, la secreción de balanitis fétidas, que contenían pequeños filamentos baciliformes. Por otra parte, no es raro ver pus que proviene de un absceso de los riñones, de la vejiga ó de la próstata, escaparse en cantidad notable y por largo tiempo, por la uretra sin inflamarse. Sin embargo, si la mucosa uretral se defiende bien contra los microbios piógenos vulgares, su resistencia no es absoluta; como todo tejido acaba por supurar, si la inoculación es suficiente y ayudada de una acción traumática local. Bockhart y Wolf, en su trabajo de 1883, refiere un caso de uretritis desarrollada en un individuo, en el canal del cual por un descuido había colocado una sonda ensuciada con pus flemonoso; el pus contenía *cocci* en cadenitas, que se refieren según Forgue, probablemente, á *micrococcus pyogenes* de Rosenbach. Las experiencias de Legrain muestran la influencia auxiliar de la irritación parietal: una sonda blanda, templada en segundo cultivo, sobre gelosa de *micrococcus pyogenes aureus*, y volteada varias veces en la fosa narial, no ha determinado ninguna inflamación. La misma sonda, conducida suavemente hasta el cuello de la vejiga, no ha producido nada. Pero una semana después, comenzando las mismas maniobras, y girando varias veces la sonda en el mismo canal, pero sin la suavidad anterior, Legrain y Forgue determinaron la producción de un escurrimiento sero-purulento, poco abundante, que duró cuatro días y no se acompañó de ningún dolor.

El *micrococcus pyogenes albus* no determinó ninguna inflamación en los dos casos en que los mismos autores le experimentaron. Como se ve, hay un contraste palpable entre estas supuraciones banales, breves y penosamente inoculadas, y las

inoculaciones con el pus blenorragico que se toma de la uretra ó de la conjuntiva, como lo han hecho Baumès, Bettenger, Vetch, Pauli y otros, engendrar con seguridad la flegmasia típica.

Jullien, entre otros avirulistas, confiesa que “el pus, la sangre menstrual, el líquido loquial ó leucorreico, depositados sobre el epitelio uretral, son impotentes para provocar una blenorragia;” mas añade: “lo que no pueden hacer en el estado de reposo y anemia de los órganos, la erección la sobre-excitación que acompaña á la aproximación sexual, sobre todo cuando el acto es apasionadamente renovado, lo hacen fácil.

Tres casos solamente han sido relatados por los avirulistas, de blenorragia contraída de este modo al parecer de ellos; Diday hace observar desde luego el contraste entre la rareza de esas blenorragias y la frecuencia de los actos sexuales apasionados. Por otra parte, á las raras observaciones de los avirulistas, acriminando la serie de las causas banales de uretritis, los virulistas han respondido por más numerosos datos que establecen la ausencia de blenorragia, en despecho de excesos sexuales, de flujos leucorreicos, de coitos en plenas menstruas ó en plenas loquias, y aun en despecho de relaciones genitales verificadas á pesar del escurrimiento purulento y fétido de un carcinoma uterino. Finger cita el testimonio de Rosolinos, que atestigua que en los países griegos, en despecho de los más grandes excesos conyugales, no sufren la blenorragia; los de Michaelis y de Milton que notan la ausencia de esta afección en algunas localidades aisladas. En la actualidad, los campos han perdido esta preservación; las emigraciones de los campos á las ciudades, y de los grandes centros de población á los campos, han popularizado el gonococcus; está en todas partes bajo formas á menudo insidiosas, capaces de hacer la comprobación más ilusoria. Practíquese, dice Forgue, el examen atento de las antiguas mujeres públicas; “cuán raras son las que no muestran, sin aseo previo, una gota de moco-pus en el osico de tenca. Podrán verificar sin contagios toda una serie de coitos, hasta el día en que el desaseo ayudando, el germen gono-

reico, cultivado en esta secreción llevada al rojo virulento, como decía Ricord, infectarán á una uretra á veces predispuesta, por una razón anatómica, como un meato ancho ó mal colocado, ó por causas traumáticas, como un coito de larga erección." Y sin embargo, nada en apariencia justifica en la mujer esta inoculación positiva: es siempre la misma "lágrima," dice Forgue, la endometritis, á menudo disimulada por precauciones de *toilette*.

Incontestablemente es á propósito de las "flores blancas," que se ha entablado entre viralistas y avirulistas el más vivo debate. Ricord, cuya obra contribuyó mucho para independer la blenorragia de la sífilis, no ha contribuído poco á obscurecer la doctrina de la unidad etiológica de la blenorragia verdadera; negó la existencia de un virus específico y dió una receta para contraer la blenorragia, en cuya eficacia se apoyan aún los de su doctrina; hé aquí la célebre receta: Elegid una mujer rubia, pálida, escrofulosa, que sea leucorreica. Comed en su compañía; bebed mucho, vinos blancos, champagne, café, licores, todo es bueno. Bailad después de comer. Bebed cerveza en la tarde. Llegada la noche conducíos valientemente. Dos ó tres aproximaciones no son demasiado, y mejor son más. Al despertar no olvidéis tomar un baño caliente y prolongado. No desdeñéis haceros una inyección. Llenado este programa, si no tenéis la blenorragia, es que un dios os protege.

A esta fórmula han respondido satisfactoriamente Guerin y Diday. Guerin: "Los maridos no contraen la blenorragia á pesar de las flores blancas de sus mujeres." Diday: "La tarde de su casamiento, toda joven bebe, baila, se irrita, etc., y jamás sin embargo ha comunicado á su marido la blenorragia. ¿Por qué? Simplemente porque nó es de la clase de aquellas que pueden haber tenido una blenorragia en su pasado; gonococcus adormecidos en la cavidad del cuello uterino."

Jullien invoca en contra del argumento de Guerin, la menor irritación de los órganos, la posesión legal de una mujer, haciendo las relaciones menos frecuentes, sobre todo menos apasionadas.

En realidad todo depende de la calidad de las "flores blancas;" la leucorrea simple, exageración morbosa de la secreción vaginal y uterina, que no es como se observa en las grandes ciudades, sino una perturbación sintomática de un estado general defectuoso, la leucorrea de las jóvenes cloróticas y anémicas, no ha seguramente inoculado jamás ninguna uretra. Pero sabemos cuánto la infección blenorragica desempeña un papel considerable en la producción de las "flores blancas;" sabemos que en la mujer esta infección puede tomar tipos solapados y desconocidos. Los estudios de Steinschneider nos han mostrado que se puede encontrar la uretra sana y la vagina seca en más de un caso de endometritis blenorragica, que los gonococcus han podido desaparecer de la vagina, cuyo revestimiento espeso, la acidez de las secreciones, la concurrencia de numerosas bacterias autóctonas, les crían desfavorables condiciones de cultivo, pero persisten en el cuello ó en el cuerpo uterino que les son medios propicios. Son estas endometritis gonocócicas del cuello, las que constituyen las "flores blancas" contagiosas; á ellas fueron debidos sin duda alguna los casos que citaban los autores avirulistas, de blenorragia contraída con mujeres cuya vagina se les encontraba "sana y seca."

Los registros de algunos hospitales destinados á mujeres, arrojan una minoría de blenorragias, relativamente al número de catarros uterinos: y comparando la frecuencia de la blenorragia en los dos sexos, deduce Fournier que es matemáticamente necesario que la leucorrea entre en la etiología de la blenorragia. ¿Pero no es muy razonable creer que muchos de esos catarros uterinos inscritos en esos registros, no hayan sido sino endometritis gonocócicas? ¿Cuántas de estas endometritis habrán pasado por simples catarros?

Debe recordarse, por otra parte, la posibilidad del contagio mediato, tanto para formarse mejor juicio de la frecuencia de la blenorragia en los dos sexos, como para explicarse el mecanismo de su transmisión en algunos casos. En el hecho de blenorragia por coito bucal relatado por Horand, este autor tuvo

el escrúpulo de hacer examinar por los médicos encargados del servicio sanitario, á la mujer que había sido la autora del contagio. Mas no se encontró en ella ninguna lesión bucal, que se pudiera referir á la blenorragia, ni ningún accidente blenorragico; pero se dirá, respecto al ejemplo que hemos elegido, la cavidad bucal es refractaria á la blenorragia, no sucede otro tanto con la vagina; y entonces, ¿cómo explicar que las paredes de este canal sean recorridas por los gonococcus del cuello de la matriz, sin que sean contaminadas? Hemos visto la explicación que da Steinschneider; pero suponiendo que no hubiese explicación posible, él nos ha mostrado que el hecho existe; por otra parte, ¿no vemos constantemente la parte anterior de la uretra del hombre, ser recorrida por el moco-pus blenorragico que proviene de las partes profundas sin ser contaminada? Por otra parte, ya desde Hunter se admite una especie de inmunidad para los tejidos recientemente afectados de blenorragia. “Yo afirmo, decía Hunter, que las partes que son el sitio de la irritación venérea, debían por este solo hecho ser menos susceptibles de esta irritación. Se puede concebir en efecto, que con el tiempo los tejidos se acostumbren de tal manera á la aplicación del pus venéreo, que acaben por llegar á ser insensibles. El contacto del pus nuevo no puede afectar las partes, en tanto que éstas no han vuelto aún á su estado primitivo. Hay además otro hecho de observación que apoya esta especie de inmunidad. Se ha observado que individuos recientemente curados de blenorragia, pueden tener relaciones sexuales con la misma mujer que les había contagiado, ó con otra apta para contagiarles, sin que el contagio logre realizarse por cierto tiempo, más allá del cual sí se realizará; pero en ese mismo tiempo, la misma mujer puede contagiar y contagia á otro que no se encuentre en las condiciones del recientemente curado.

En 1858 época en que todavía no se conocían bien los caracteres propios de la evolución de las enfermedades bacterianas, y cuando aún no se conocía el gonococcus, como observara algunos casos de leucorrea que de no contagiosos fueran ca-

paces de pasar al estado contagioso, Diday emitió la siguiente idea, que aún citan en su apoyo los partidarios de la pluralidad etiológica de la blenorragia: "A veces una leucorrea, decía Diday, que habría quedado benigna después de una sola aproximación, reviste por la excitación repetida propiedades irritantes, y suministra un fluido contagioso. Pero para esta clase de leucorreas el conocimiento del microbismo latente, ¿no es una razón más suficiente, más conforme en todos casos, con muchos datos actuales, que la virulencia espontáneamente creada de un humor inofensivo? El medio no es siempre apropiado á las condiciones del progreso del germen gonocócico; la alcalinidad es necesaria; la congestión local, la descamación epitelial, el contacto prolongado, son factores favorables que explican estas variantes en el poder de inoculación de las secreciones. Es necesario también tener en cuenta las localizaciones foliiculares tan tenaces que pueden pasar desapercibidas, así como Diday, Guérin y Martineau han relatado ejemplos.

Hay aún casos excepcionales pero bien reconocidos, en que una mujer que ha quedado fiel á su marido, puede darle una blenorragia: esto sucede, declara Diday, cuando el marido, teniendo una, la ha comunicado á su mujer; pero mientras que el mal desdeñado ó desconocido por ésta, persiste en ella, el marido se trata de la suya; si bien que más tarde, curado él, puede cohabitando con su mujer que ha guardado *un resto*, coincidiendo ó no con "flores blancas," contraer de nuevo una verdadera blenorragia. En eso se ve un cambio á distancia de contagios conyugales, pero es el marido quien comienza.

Los escurrimientos ligados á la existencia de un cáncer uterino no han escapado á que se les considere como causa de blenorragia; pero hé aquí un ejemplo con las condiciones más agravantes: "Movido por un escrúpulo, por un remordimiento laudable, pero cuyo exceso tocaba á la manía, un español quería tener la blenorragia. Imaginó con este objeto, tener relaciones casi cotidianas con su mujer, afectada de un cáncer uterino, fuente de uno de esos acres licores, en cuya clásica definición es un rasgo usual decir que "corroen las partes próxi-

mas." Para mejor realizar el contagio, nuestro hombre, dice Diday, después de cada coito, llevaba hacia delante el prepucio y le ligaba con un cordón, á fin de que el líquido irritante permaneciese algunas horas sobre la abertura de su uretra. Vanos esfuerzos: después de tres semanas de este ejercicio, la blenorragia no se había declarado.

Hay una categoría de hechos, en pequeño número en verdad, pero que á ser ciertos estorbarían algún tanto la actual doctrina de la unidad etiológica que lleva por divisa: "Omnis blennorrhagia a blennorrhagiâ." Son los casos de uretritis blenorragica, ó denominada tal, contraída sin relación sospechosa. Después de una erección prolongada y no satisfecha, á consecuencia de vivas sesiones de masturbación, un hombre que desde hace largo tiempo no ha cohabitado, que no ha jamás tenido ni sospechas de relaciones con el gonococcus, es atacado de un escurrimiento uretral, nosotros decimos: no hay blenorragia. Se citaban antiguamente tres casos en los anales científicos, el de Benjamín Bell, el de Amédée Latour, publicado en las cartas de Ricord, y el de Rodet de Lyon; pero todos estos carecen de comprobación bacteriológica. Hé aquí uno más reciente, apoyado en un estudio bacteriológico: un comerciante en vinos entra al hospital Midi, en el servicio de Mauriac, por un escurrimiento uretral, contraído á consecuencia de maniobras prolongadas de masturbación y aparecida dos días después; el enfermo declara no haber tenido jamás relaciones con una mujer. M. Straus practicó cuatro veces, y con varios días de intervalo, el examen del pus; encontró siempre gonococcus típicos, caracterizados por su apariencia exterior y su reacción micro-química; preparaciones hechas con el pus de una blenorragia ordinaria se presentaron con el mismo aspecto. Si este enfermo es sincero, esta observación establece que la blenorragia puede nacer fuera del contagio por un coito infeccioso; esta sería la comprobación bacteriológica de la teoría de Ricord y de Fournier. Straus cree "que hay en esto algo de análogo con lo que pasa para la pneumo-bacteria de Fränkel, que el gonococcus de Neisser puede existir como huésped inofensivo, y co-

mo simple saprófito, en el canal de la uretra sana, y que puede en estas condiciones, bajo la influencia de irritaciones banales, invadir el epitelio y provocar el catarro característico." La hipótesis es ingeniosa; pero, como dice F'orgue, antes de admitirle, para los casos excepcionales de este género debe escrutarse exactamente el pasado de esta uretra. Estamos habituados á considerar la blenorragia como una enfermedad de incubación breve; es necesario saber que este período de silencio, en que el gonococcus pulula sobre el epitelio, antes de penetrar en la profundidad de la mucosa, puede alargarse notablemente. Tédenat cita recientemente el hecho de un joven muy observador de su uretra, que algunos días después de un coito sospechoso, experimentaba un dolor fijo hacia el meato; pero no es sino al cabo de tres semanas, y después de algunas separaciones de régimen que, sin nuevo coito, el escurrimiento aparece rico en gonococcus. La incubación retardada y el microbismo latente, son muchas veces una explicación satisfactoria. Por otra parte, de todos es conocida la tendencia tan extendida, tan tenaz, aun á veces injustificada, de los blenorragicos, á negar el origen de su afección; si á esto unimos el exiguo número de casos, no debemos darles ningún valor mientras la experimentación no compruebe su existencia.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

BLNORRAGIA AGUDA.

Las lesiones uretrales de la blenorragia pasaron enteramente inadvertidas de los antiguos, que buscaron el origen del escurreimiento, sucesivamente en los testículos, la vesículas seminales, la próstata y las glándulas de Cooper. Cuando Littre descubrió las glándulas que llevan su nombre, atribuyó á esas glándulas el sitio del proceso, y hasta entonces fué cuando se localizaron en la uretra lesiones blenorragicas; pero se hacían partir de uno solo de sus elementos, las glándulas, y se consideraba todavía, desde Celso hasta esta época, la lesión como una ulceración y no como una inflamación, y fué necesario llegar á nuestro siglo para que se estableciese la naturaleza flegmática del proceso blenorragico; verdad es que Morgani en 1785 notó la ausencia de ulceraciones, señaló la rubicundez de la mucosa, descubrió los senos que llevan su nombre, y colocó ahí el lugar de elección de la afección. En nuestro siglo Lisfranc, Boyer, Guérin, Cullerier, Friedberg, Voillemier, Desormeaux y Murchinson, han podido hacer la necropsia, felizmente rara, de uretras inflamadas por recientes blenorragias; la endoscopia uretral ha puesto á la vista la mucosa, y Grünfeld ha descrito muy bien su aspecto. Todos estos exámenes concuerdan. La mucosa una vez limpia de la capa purulenta, es más ó menos roja y turgesciente; los senos uretrales están á veces

llenos de una materia puriforme que la presión exprime. Las glándulas se tumefican, sus orificios están abiertos; si éstos se tapan, la retención purulenta forma especies de kistes, como en el caso de Guérin. Esta participación precoz é intensa de las glándulas al proceso, nos aclara, dice Finger, sobre la tenacidad de la gonorrea y sobre su reincidencia. En el caso de inflamación muy viva se ha notado la participación flegmática del cuerpo esponjoso, cuyos trabéculos se hinchan y cuyas mallas se llenan de coágulos fibrinosos.

Quiérese penetrar en la intimidad histológica del proceso blenorragico, es la historia misma del microbio de Neisser, quien la aclara; y es necesario reconocer con Finger que muchos puntos permanecen aún litigiosos; á los exámenes del porvenir, y las ocasiones son excepcionales, toca llenar esta laguna, y fijar la evolución del parásito en la pared uretral.

Para Bockhart, los micrococus, entrando en la fosa navicular, descenderían entre las celdillas epiteliales hasta en las vías linfáticas de la mucosa, y sería ahí solamente donde comenzaría su proliferación. Pero, como objeta Legrain, esta hipótesis no cuadra con lo que nos muestra el examen de las primeras gotas del escurrimiento, que encierran numerosas celdillas epiteliales, sobre las cuales se perciben grandes grupos de gonococus.

Las investigaciones de Bumm sobre la blenorragia conjuntival de los recién nacidos, permiten por analogía concebir así la evolución del proceso: después de una faz probable de proliferación superficial, el gonococus penetra, sea entre las celdillas epiteliales, sea á través de ellas, hacia el cuerpo papilar, y los linfáticos de la mucosa; numerosos leucocitos emigran de la red capilar dilatada, y cargándose de gonococus, atraviesan las capas epiteliales para llegar á la superficie. Modificadas por esta pululación parasitaria, por la emigración leucocítica y el escurrimiento que le acompaña, las celdillas epiteliales sufren una descamación abundante. En la superficie del corion, el gonococus se multiplica formando surcos ó colonias redondas entre las haces; como lo muestran algunos cortes histológicos

de Gaucher, interpretados por Jamin, se hace una infiltración abundante de elementos embrionarios en la capa subepitelial del dermis de la mucosa; esta proliferación de elementos jóvenes, va disminuyendo gradualmente hacia la cara profunda del corion mucoso que está intacto. De trecho en trecho, utilizando probablemente la vía linfática, la flegmasía se propaga hacia las partes profundas del canal. Hacia la faz de declinación, el epitelio se regenera, el infiltrado embrionario del dermis subepitelial se reabsorbe, los gonococcus enrarecidos abandonan la profundidad de la mucosa y vuelven á la superficie, donde pueden encontrarse mezclados á asociaciones bacterianas complejas.

Como se ve el *micrococcus gonorrhoeæ* ocupa un sitio variable en los diversos períodos de la blenorragia, y Legrain ha estudiado bien las relaciones que afecta con los elementos del pus. Al principio es un habitante de las celdillas epiteliales y esto se reconoce bien en el moco espeso que pega los labios del meato en las primeras horas de la afección; poco después llena los glóbulos purulentos; ha invadido entonces las capas subepiteliales de la mucosa, donde se desarrolla muy activamente durante el período de estado; en la faz de decrecimiento, las celdillas epiteliales predominan; el gonococcus vuelve á la superficie y á su punto de siembra inicial. Esta noción del habitado del microorganismo aclara las condiciones de éxito del tratamiento; en el período inicial, el gonococcus superficial es accesible á una acción abortiva; en el estado confirmado, "estado irrepletable" de algunos autores, está alojado en la profundidad de la mucosa, y su ataque es más difícil. El tiempo de incubación debe corresponder á la pululación genocóxica sobre el epitelio espeso del meato y de la parte más anterior de la uretra, pululación más lenta que en el protoplasma de los leucócitos; después poco á poco las celdillas epiteliales se descaman, el microorganismo penetra entre las celdillas mismas, el corion no está ya protegido, y he aquí el gonococcus en los linfáticos de la mucosa; es el momento de la supuración verdadera.

Poco á poco el micrococcus penetra de la superficie á la pro-

fundidad del dermis mucoso, utilizando probablemente la vía linfática, si nos atenemos á las figuras que Rinfleisch y Cornil han hecho á propósito de la blenorragia conjuntival, figuras que nos muestran descendiendo por esta vía los gonococus hasta la profundidad del corion. Pero el terreno se agota, la mucosa trabajada por la inflamación prolongada, se modifica y la proliferación decrece; es el período de declinación; el microbio sube á la superficie, el pus blenorragico muestra glóbulos purulentos de más en más enrarecidos, celdillas epiteliales descamadas en gran cantidad donde se aloja el gonococus; es el característico de las uretritis que acaban ó van á pasar al estado crónico.

SINTOMATOLOGÍA.

URETRITIS BLENORRÁGICA AGUDA.

Urethritis anterior: Sabemos que existe en el trayecto del canal uretral, un verdadero esfínter, cuya importancia en cirugía, y su papel fisiológico y patológico han sido hasta estos últimos tiempos mal conocidos; pero se sabe, sin embargo, que divide á la uretra en dos porciones distintas desde el punto de vista de la fisiología, y que constituye una línea de separación de las secreciones morbosas de la uretra; la clínica está conforme con la fisiología en distinguir la blenorragia anterior de la posterior. Thompson y algunos otros habían indicado esta división; pero nadie sino Guyon y Laveaux han suministrado la demostración y confirmado su importancia.

La blenorragia no aparece inmediatamente después del contagio, generalmente hay entre el momento de la infección y la aparición de las primeras manifestaciones morbosas, un período más ó menos largo de ausencia completa de todo síntoma objetivo ó subjetivo. La duración de este período varía entre los límites extremos de 1 y 30 días. Finger en una serie de 479 casos, ha encontrado 11 de una incubación de un día, y un caso solamente de treinta días; entre estos límites extremos de la serie de Finger se encuentran por orden de frecuencia decreciente, los siguientes: Período de tres días, ciento veintiséis casos; de cuatro días, sesenta y dos casos; de dos días, cincuenta y nue-

ve casos; se ve en esta serie y parece ser así en lo general, que la duración más frecuente del período de incubación es de tres días.

Después de esta duración media de incubación, el enfermo experimenta al orinar, nos dice Diday, una especie de calor muy débil, y absolutamente sin dolor; pocas horas después de esta primera advertencia, un picoteo es sentido en la fosa navicular, picoteo instantáneo como el que produce una mosca que se posa. El blenorragico comienza á subir la escala de sus dolores uretrales; es primero prurito ligero á veces agradable, después escor vivo, que se localiza en este período, en la fosa navicular. La secreción es aún pobre, compuesta sobre todo de desechos epiteliales: para hacerla evidente conviene espaciar las micciones y se formará una gota mucosa y pegajosa, blanca ó blanquecina" que se podrá llevar al meato por presión del canal. Este es el período prodrómico, el período fugitivo, que es necesario reconocer sin retardo, para mayor posibilidad de hacer abortar la inflamación uretral.

La faz de estado se establece dos ó tres días después, pero no alcanza su acme sino á mediados del segundo septenario. El glande "luciente á veces, decía Hunter, como una cereza madura" se enrojece y se calienta; los labios del meato reveladores del estado de la mucosa uretral "como la lengua lo es del tubo digestivo," según la comparación de Diday, turgescen-tes, pueden presentar pequeñas costras, que cubren menudas erosiones. El pene tiene tendencias á erguirse dolorosamente, el perineo se tiende y se pone doloroso. Gracias á la afluencia de leucócitos, llenos de gonococcus, la secreción pegajosa hilante de las primeras horas, llega á ser francamente purulenta; y del moco incoloro al pus verdoso del estado confirmado, el líquido pasa por los tintes de transición, opalino, gris, amarillo, verde. Su concentración y su cantidad aumentan rápidamente; limitada al principio á la mucosa de la uretra balánica, la supuración se extiende poco á poco á toda la porción colgante "pars pendula;" se produce entonces una verdadera incontinencia de pus que mancha los vestidos. La abundancia de la

secreción es proporcional á la agudeza de la afección, pero su coloración es engañosa: La mancha blenorragica seca se compone de dos partes: la una central, corresponde al depósito cromático y exagera el matiz del escurrimiento; la otra periférica, de tonos pálidos, representa la porción acuosa. Hay siempre que rebajar la mitad, formula Diday, al testimonio de la mancha. La gota incolora depositada sobre el lienzo produce una mancha como almidonada; la gota opalina una mancha gris; la gota amarilla una mancha verde.

El blenorragico sufre cuando orina, cuando entra en erección ó cuando eyacula. Los dolores de la micción son á veces atroces, y el vocabulario popular ha encontrado para su traducción comparaciones realistas; las cascadas de ascuas, el fierro rojo, son términos exagerados. “Yo orino el vidrio y el fuego” exclamaba un poeta del siglo pasado; pero la denominación francesa *pisser chaude*, meados calientes, es tal vez la más acertada. Agregándose á esto la irritación refleja del cuello vesical, las crisis llegan á ser frecuentes é imperiosas; el enfermo se esfuerza en vaciar su vejiga lentamente, porque la experiencia le enseña, que la distensión uretral por un chorro precipitado es particularmente dolorosa. A veces la turgescencia del canal se opone á la micción; la orina no se escurre sino gota á gota, y el suplicio se alarga. La erección viene á agregar sus torturas, sobre todo nocturnas; la congestión pélvica, la continencia forzada del blenorragico, la distensión vesical y la tibieza del lecho contribuyen á hinchar los cuerpos cavernosos. Pero el cuerpo esponjoso de la uretra, infiltrado por el exudado inflamatorio, y dibujando en la cara inferior del pene un cordón indurado, ha perdido su suavidad; tiene dificultad para seguir la ampliación erectil de los cuerpos cavernosos y se tiende dolorosamente, de ahí insomnios, eyaculaciones desgarrantes, á veces pequeñas hemorragias, que salpican de rojo el escurrimiento y dan lugar á este pus sanguinolento abigarrado de la blenorragia roja. Si la induración inflamatoria de la pared de la uretra se acentúa, el cuerpo esponjoso, rígido y poco extensible, subtiende los cuerpos cavernosos encurbados por la erección, (garabatillo)

porque fijos hacia atrás al esqueleto, hacia delante á la extremidad de la uretra se encorban, no pudiendo alargarse. El sufrimiento es bastante vivo para determinar á veces al blenorragico, á romperse la cuerda y á prepararse así una estrechez uretral grave.

Los síntomas generales se subordinan á la intensidad de los dolores, á la frecuencia y prolongación de los insomnios, á la gravedad de las complicaciones al estado moral del paciente: se ven personas blenorragicas, dice Diday, que “escurren filosóficamente quince ó treinta días;” en tanto que podemos observar en muchos sujetos, lectores de publicaciones, impacientes y alarmados. Llegan á ser inapetentes, pálidos, enflaquecidos.

De la fosa navicular, la enfermedad ha invadido toda la parte libre de la uretra *pars pendula*, y siguiendo su marcha progresiva hacia atrás, llega hasta el bulbo tomando posesión de toda la uretra anterior. Después de una faz de estado que dura por término medio doce á catorce días, los síntomas se disminuyen y retroceden. El glande se “desenrojece,” los labios del meato palidecen y se deprimen. La pared uretral se suaviza, y la infiltración uretral se reabsorbe. La micción y la erección cesan progresivamente de ser dolorosas. El escurrimiento vuelve de nuevo al amarillo, al blanco amarillento, al blanco; llega á ser hilante, la blenorragia está “madura.” ¿Cuál es la duración de este período de declinación? Es difícil formular cifras. Finger, que indica para la incubación tres á cinco días, para el período prodrómico dos días apenas, para el período de estado catorce días, concede dos ó tres semanas al último período. Pero estos datos son esencialmente móviles; las uretras se comportan muy desigualmente, respecto á la inflamación, como lo veremos á propósito de la blenorrea; un tratamiento inoportuno ó incoherente, una higiene irregular, alargan notablemente la supuración del canal. Los clásicos ensayan la distinción de algunas formas, agudas, sub-agudas, cero-mucosas, secas; pero son insuficientes para abrazar la infinita variedad de tipos clínicos, y no tienen una fisonomía bastante constante para merecer una descripción aislada.

Urethritis posterior.—La invasión de la uretra posterior es considerada por algunos, como una faz natural é ineludible del proceso blenorragico. Recientemente, aun Heisler, ha sostenido esta tesis y tratado de establecer la precocidad de la urethritis posterior, que sería constante desde la primera semana, en ochenta para cien casos. Forgue y otros piensan al contrario, que en la mayoría de los casos, la uretra anterior es sólo atacada. La extensión de los fenómenos dolorosos hacia la raíz de las bolsas, no debe permitir concluir en la invasión de la uretra posterior, y se explica suficientemente por la flegmasía de la porción escrotal y perineo-bulbar del canal.

¿Cómo se hace la invasión retro-esfinteriana de la uretra? Puede ser espontánea, parece que la localización profunda del gonococcus sea solicitada en ciertos sujetos por una predisposición constitucional innegable. Jamin, hablando de las blenorragias “vírgenes,” es decir, que aparecen por la primera vez, de fecha reciente, no tratadas, ha visto seis veces sobre diez y siete, la inflamación invadir espontáneamente la uretra posterior, llamada hacia este punto del canal, hacia la vejiga y el testículo, por una constitución estrumo-tuberculosa ó reumatismal. Las fatigas locales, el exceso de bebida ó de coito, pueden también hacer la uretra posterior más vulnerable al gonococcus, Pero más á menudo, es el tratamiento mismo el que es necesario acriminar: A veces es una sonda la que ha inoculado el tronco membrano-prostático; pero casi siempre, es el procedimiento de inyección el que es el culpable. Por exceso de celo y “por llegar al fondo,” un enfermo se inyecta y cierra el canal, aplicando horizontalmente los labios del meato sobre el pico de la jeringa: arriba de cinco ó seis centímetros cúbicos de líquido—como lo demuestran las experiencias de Aubert y Jamin, el esfínter membranoso corre riesgo de ser franqueado; la inyección, barriendo el pus hacia la uretra profunda, le infecta; algunos autores opinan que las bebidas abundantes que con frecuencia se prescriben á los blenorragicos, por el exceso de actividad vesical que traen, puede también ser causa de que la inflamación se propague á la porción membrano-prostática del canal. La

uretritis posterior tiene su sintomatología personal: cuando la blenorragia, franqueando el esfínter, ha invadido la uretra profunda, que no es en suma sino el cuello vesical prolongado, se denuncia por micciones más frecuentes y más dolorosas hacia el fin, es decir, por verdaderos síntomas de uretro-cistitis. La vejiga, la próstata, los testículos en continuidad inmediata ó mediata con la uretra profunda son desde entónces amenazados. Esto no quiere decir que la blenorragia posterior no pueda quedar indemne de toda complicación testicular, prostática ó vesical; pero este estado de simplicidad, cree Jamin, es excepcional y no sobrepasa el quinto de los casos.

La supuración puede extenderse á la uretra profunda, en una época á veces muy alejada del principio, y cuando el escurrimiento se ha reducido á algunas gotas. A veces, al contrario, la propagación hacia la uretra profunda se hace en pleno período agudo. En el primer caso, la frecuencia bruscamente aumentada de las micciones, el dolor y á veces la hematuria terminales, revelan la invasión de la uretra posterior; en el segundo caso, este episodio nuevo es menos claramente intempretado por la sintomatología preexistente ó se atribuye á una cistitis del cuello.

Las gotas purulentas, formadas detrás del esfínter, son encerradas en la uretra profunda, y no pueden escurrirse hacia la porción esponjosa; la primera porción del chorro urinario va á arrastrarles; de ahí, el modo de observación preconizado por Thompson, Guyon y últimamente estudiado por Tomassoli: el procedimiento de diagnóstico de los dos y tres casos, que luego indicaremos.

BLNORRAGIA CRONICA (Blenorrea, Gota militar).

CAUSAS, LESIONES Y SÍNTOMAS.

Los diversos períodos de la blenorragia aguda, tienen, lo hemos visto, una duración progresivamente creciente del primero al último, en tanto que el período prodrómico tiene dos días, el período de estado tiene catorce y el de declinación tres semanas por término medio. Este último, si es verdad que á veces dura menos, frecuentemente tarda dos meses y medio y aun más, según Diday. El mismo autor refiere el hecho de un colega que no llegó á la madurez sino después de once meses de sufrimiento. Pero en fin, desde que comienza la declinación hasta que llega al término de la madurez, es decir, á ese estado del escurrimiento, indoloro cremoso, que hace hebra entre los dedos á una distancia de un centímetro, nótase una disminución constante, lenta ó rápida de dicho escurrimiento, y con él la aminoración de los demás síntomas concomitantes; á partir de ahí, ó bien la enfermedad se extingue en algunos días, hecho raro, ó con la intervención del arte, hecho más frecuente, ó bien después de continuar disminuyendo ó no, queda en un estado estacionario, que como tal, no tiene tendencia á cesar espontáneamente, de duración indefinida, y que ha constituido y constituye aún una angustiosa incomodidad para el enfermo, angustiosa de tal manera para el médico, que justifica la expresión de Ricord á su auditorio: "Si yo debo de ir al in-

fierno, señores, sé el suplicio que me espera: es verme rodeado de blenorragicos que me atormenten con sus lamentos, sus instancias, su gesto significativo para obtener la curación." El mismo autor nos suministra un ejemplo de lo prolongado que puede ser este estado consecutivo á la blenorragia aguda: En 1840 Ricord observaba un enfermo cuyo escurrimiento databa de la paz de Amiens, es decir, de 1800. Desormeaux, en 1863, trataba un antiguo oficial cuya gota militar persistía desde una blenorragia contraída en Bohemia, durante la ocupación de los franceses en 1813. Este escurrimiento persistente, indoloro y en pequeña cantidad, relativamente al del período agudo, es conocido por blenorragia crónica, blenorrea, etc. Pero en este escurrimiento consecutivo á la blenorragia aguda, hay que distinguir tres estados clínicos diferentes. Primero: El escurrimiento no se colecta en cantidad perceptible sino después de un intervalo de tres á cuatro horas después de la micción, y aparece espontáneamente ó por expresión, en forma de gota blanca ó ligeramente amarilla; los labios del meato pueden estar un poco rojos, y puede haber, sin llegar á ser un dolor, una poca de sensibilidad durante la micción y la erección; además, por separaciones de régimen, por causas excitantes, pasa momentáneamente, al menos, al estado subagudo y contagioso, de tal manera que la micción y la erección llegan á ser dolorosas y el escurrimiento abundante y purulento. Segundo: El escurrimiento se colecta en gota perceptible después de largo intervalo después de la micción, de tal manera, que no aparece sino por la mañana; es de un blanco lechoso ú opalino, jamás amarillo; á veces no hace sino pegar los labios del meato, ó no se deja percibir sino bajo la forma de filamentos blancos, en suspensión en las primeras gotas de orina; ninguna tumefacción, ningún dolor, á veces un cosquilleo espontáneo que desaparece rápidamente; las causas excitantes, las separaciones de régimen, no tienen influencia muy marcada pero la hacen contagiosa. Tercero: Hay otro escurrimiento consecutivo á la blenorragia, que es enteramente incoloro, transparente, que hace hebra entre los dedos á cuatro ó cinco centímetros de distan-

cia; no hay dolor ni inflamación á ningún grado, ni aparecen bajo la influencia de las separaciones de régimen ó de las excitaciones, ni tampoco se vuelve contagioso por ninguna de estas causas. ¿Será indiferente designar estos tres estados por el mismo nombre, y podrá convenirles á los tres la designación de blenorragia crónica? Indudablemente que no; el último de estos estados carece del carácter más esencial de la blenorragia: el contagio, el tratamiento, tiene que ser distinto del de los otros dos; no tiene de común con ellos más que haber sido precedido de una blenorragia aguda; no provoca modificación del tejido, estrecheces, ni complicaciones de proximidad ó á distancia; no es sino una exageración de la secreción normal de la uretra, cuyo tipo fisiológico es el líquido que sale del meato después de una erección violenta y prolongada; por eso con razón Diday separa este estado de las blenorragias, y le designa simplemente con el nombre de flujo mucoso. En cuanto á los dos primeros estados, teniendo ambos el carácter esencial del escurrimiento blenorragico, el tratamiento siendo el mismo, y no difiriendo sino en detalles de intensidad, merecen uno y otro el nombre de blenorragia crónica; mas este nombre lo lleva principalmente el primero de estos estados y se da al segundo con especialidad el nombre de blenorrea.

Etiología.—La causa más poderosa de cronicidad de la blenorragia, es seguramente la pre-existencia de una ó varias blenorragias: “No es indiferente para un enfermo haber tenido un pasado blenorragico, ser un reincidentista de la blenorragia; mas se han tenido, decía Ricord, más fácilmente se contraen nuevas, que son de menos en menos dolorosas y de más en más largas y más difíciles de curar.” La cronicidad se acentúa, pues, después de cada ataque, y esto se explica: Las lesiones de la mucosa se organizan y se agravan, estenosis bosquejadas comienzan á estrechar el canal; la afección se instala de una manera más profunda en la pared. Una uretra trabajada por una ó varias blenorragias, está disminuída de calibre; detrás de los puntos estenosados, el pus y la orina se estancan y perpetúan la inflamación. De ahí un círculo vicioso, la blenorrea sostenida

por la estrechez y la estrechez por la inflamación crónica. Es necesario saber descubrir estas estrecheces amplias, como les llama Otis. Sin duda es abusivo declarar estrecha una uretra que no admite una sonda del número 30 ó 35 de la hilera francesa; pero es una noción terapéutica muy útil contar en las blenorreas de antigua fecha, contar con estas estrecheces bosquejadas de la mucosa, con estas coartaciones que pueden quitar al canal uno, dos, tres, cuatro y aun cinco milímetros de luz, sin que la orina deje de escurrir á meato lleno. Desde 1861. M. Rollet había llamado la atención de los clínicos sobre "las estrecheces incipientes y larvadas de la uretra y sobre las blenorreas que les acompañan." "Un escurrimiento crónico, dice Otis, es el síntoma de que se sirve la naturaleza para señalar al médico inteligente un principio de estrechez;" pero ya aquí es necesario hacer una observación: sin duda alguna no se puede negar la importancia de las estrecheces como causa de cronicidad de la blenorragia, pero no á tal grado que la presencia de la una revele la existencia de la otra; hay blenorreas sin estrecheces y estrecheces sin blenorreas, y si es una indicación racional y que debe seguirse para curar una blenorrea, quitar la estrechez, no es una condición *sine qua non*, y ensayando el procedimiento de Lareaux para curar la blenorragia, lo hemos conseguido, desdeñando de propósito la estrechez. Jamin declara no haber encontrado sino cuatro blenorreas en sesenta y un casos de estrechez. Esta relación entre las estrecheces y la blenorrea parece por el contrario muy inferior á la realidad. Si se explora atentamente con la sonda de bola olivar al estrecho, no será difícil que en algunos de ellos sin escurrimiento se arrastre pus en el talón del olivo.

Si con el mismo instrumento examinamos un enfermo de blenorragia crónica, se podrán reconocer en la uretra otras causas que le sostienen, se reconocerán puntos estenosados; pero también regiones particularmente dolorosas, que corresponden á lesiones dolorosas localizadas, que la endoscopia uretral ha permitido reconocer: se trata de exulceraciones, ulceraciones, placas granulosas, vegetaciones poliposas, etc., y el escurrimien-

to no será extinguido sino por la curación local de estas alteraciones. Más á menudo de lo que se supone, el meato está estrecho é irregularmente perforado; basta que haya un poco de estancamiento en el canal, al nivel de la fosa navicular, para que la irritación uretral se sostenga. Hay aún en la uretra misma otra causa capaz de prolongar considerablemente la duración de una blenorragia: La blenorragia glandular de las paredes del canal; la trasudación de una gota por un orificio próximo del meato, ó situado en el interior mismo del canal, parece inofensivo al enfermo y al médico; las inyecciones hechas por el canal ó la orina medicamentosa, no curan la supuración de la glándula; así sucede frecuentemente, dice Diday, que sea ignorada y rebelde á los remedios “la pequeña blenorragia, persistiendo después de la grande;” de ahí un foco gonocóxico permanente, de donde parten con ocaciones de irritaciones banales incesantes reincidencias. El sitio de la blenorragia no es una superficie lisa, “es una criba en los agujeros de la cual, según la comparación de Diday, es necesario que los remedios penetren.” En suma, se trata de una blenorragia glandular, acantonada y persistente en glándulas, que desde este punto de vista son verdaderas uretras en miniatura que pueden continuar escurriendo aun cuando el canal esté ya desde hace largo tiempo seco.

Las otras causas que pueden contribuir á la cronicidad de la blenorragia, se refieren sea á una higiene irregular, sea á un tratamiento incoherente, sea á un estado constitucional. Respecto á lo primero, Ambrosio Paré decía: “son raros los blenorreicos que tengan buena manera de vivir y eviten todas las causas que irriten la sangre.” Los ejercicios violentos, como la equitación, el baile, el uso de manjares demasiado condimentados, los excesos alcohólicos, la vuelta precoz é inmoderada del coito, la masturbación en el blenorragico solitario, á quien atormentan las erecciones, hé aquí otras tantas causas que atizan la inflamación en vía de extinguirse. En cuanto á tratamiento, el uso desde el principio de cápsulas balsámicas que no hacen entonces sino fatigar el estómago; la asociación de pres-

cripciones contradictorias, la copaba y las bebidas simplemente diluyentes; el empleo antes de la madurez de los modificadores del antiguo arsenal terapéutico; el uso inmoderado y mal aplicado de tópicos demasiado irritantes, hé ahí otras tantas faltas terapéuticas capaces de eternizar la blenorragia; durante meses enteros, las alternativas de agravación y mejoría se suceden, hasta que el enfermo acaba por dejarla "escurrir" con cierto fatalismo; esperando que la afección, según la expresión de Diday, se muera de "vieja."

En cuanto á los estados constitucionales, se admite que tienen influencia sobre la intensidad y duración de la blenorragia; que los sujetos sanguíneos tendrán su blenorragia corta y fuerte; los escrofulosos, débil y larga; que los artríticos la verán eternizarse; respecto á la constitución extrumo-tuberculosa, se ha dicho que una blenorrea rebelde no es sino el síntoma prodrómico de una tuberculosis persistente; Richet cree más bien que es causa provocadora de la tuberculización genito-urinaria en un sujeto en poder de bacilus. Hunter invocaba sobre todo la anemia y la escrófula; pero bien que no se dude de los obstáculos que pueden llevar á la resolución del proceso morboso, el estudio de estas causas no ha recibido aún el desarrollo que se merecen, aún después de los trabajos notables de Bazin, Gigot y otros; verdad es que es siempre conveniente tenerlas presentes para el tratamiento.

Anatomía patológica.—La persistencia del escurrimiento blenorragico corresponde á la localización de las lesiones en puntos determinados. ¿Dónde se localiza de preferencia, en la uretra anterior ó en la posterior? Los autores no están de acuerdo; para Guyon la localización en la uretra anterior sería más frecuente. Cita en su apoyo la estadística de Jamin; sobre 103 casos de blenorrea, 29 solamente la uretra posterior está atacada. Finger cree también que la blenorragia anterior es más frecuente que la posterior; pero mientras que Guyon considera el fondo de saco bulbar como el sitio de elección, Finger considera la porción libre, *la pars péndula*; sobre 24 casos examinados por él, 17 veces la uretritis crónica estaba limitada á

esta parte. Jullien por el contrario, cree que la blenorragia crónica es más frecuente en la uretra posterior que en la anterior. Cita en su apoyo la estadística de estrecheces de José Pro y de Thompson. En un total de 443 estrecheces, 271 veces la uretra profunda estaba afectada; se ve, pues, que no hay concordancia en el parecer de los autores respecto á la frecuencia comparativa de la blenorragia crónica anterior y la posterior; pero hay razones para creer que el fondo de saco bulbar y la uretra profunda sean los lugares donde de preferencia se localice la afección. Al nivel del bulbo más depresible y más ancho puede formarse una cavidad donde la declividad natural favorece el estancamiento de las secreciones. Se juzga de tal manera frecuente esta localización, que algunos autores han propuesto una denominación particular: *bulbitis crónica*. En la uretra profunda, el esfínter oponiéndose al paso de las inyecciones moderadas, pone esta porción del canal fuera del ataque terapéutico, y por lo mismo persiste ahí la lesión. Fuera de estos puntos de elección, la lesión puede acantonarse en un punto cualquiera de la uretra esponjosa; tiene predilección á fijarse á la altura del ángulo prepubiano, detrás de las bridas esclerosas, en la región peniana anterior, en fin, en los folículos próximos del meato.

La blenorragia crónica, limitada á un punto del canal uretral se acompaña frecuentemente de una estrechez en el mismo punto; de suerte que flegmasía crónica y estrechez se penetran y se sostienen recíprocamente; pero sin embargo, la inflamación crónica, antes de producir una estrechez clínicamente apreciable, determina en las paredes de la uretra modificaciones que le pertenecen exclusivamente y que importa conocer antes de describir la flegmasía crónica con estenosis confirmadas. Vajda ha encontrado en dos casos de blenorragia crónica sin estenosis "el espesamiento del epitelio y el aplastamiento de sus capas superficiales, de tal manera, que la forma cilíndrica normal del epitelio uretral acaba por desaparecer enteramente; las masas epiteliales neoformadas se reúnen con predilección en la cima de las papilas hipertrofiadas

y de las protuberancias, para formar salientes en clava; estas lesiones proliferantes aumentan de importancia hacia la parte profunda de la uretra." Neelsen ha precisado estas alteraciones epiteliales de la uretra en vía de estenosis; sobre la mucosa uretral inflamada, y sobre todo arriba de las bandas fibrosas que la coartan, se encuentran en lugar de celdillas cilíndricas, láminas de epitelio estratificado en capas de número variable; hay al mismo tiempo "cornificación" de las celdillas más superficiales, unas veces es una capa córnea continua y adherente, otras veces son simples pequeñas láminas que se descaman. Baraban ha confirmado estas modificaciones del tipo epitelial en un ajusticiado atacado de blenorragia crónica. Finger acaba de describir, con los documentos recogidos en Rudolfspital, en el invierno de 1889 á 1890, la más completa monografía anatómo patológica de la blenorragia crónica; señala también las alteraciones del epitelio que varían de un ligero enturbiamiento á un espesamiento notable con coloración blanquecina; reconoce la expansión muy considerable de la capa de celdillas poligonales de reemplazamiento, en lugar de una ó dos capas normales se encuentran cuatro, cinco y aun más; pero una de las alteraciones más importantes es la transformación del epitelio cilíndrico en epitelio parimentoso.

Hallé y Wasserman han dado una descripción muy detallada de la blenorragia crónica con estenosis confirmadas. Al nivel del tejido conjuntivo sub-epitelial, como lo declara Finger, es donde se desarrollan, en la blenorragia crónica, las lesiones verdaderamente decisivas para la suerte ulterior de la mucosa uretral enferma. Neelsen, Baraban, Hallé y Warsseman han descrito el proceso de esclerosis que sucede á la infiltración inflamatoria del corion; pero sobre todo los dos últimos autores nos han mostrado la gama de las alteraciones parietales, desde la blenorragia crónica hasta la estrechez esclerosa grave: el tejido conjuntivo flojo, casi reticulado, de la uretra normal, está infiltrado de elementos embrionarios y tiende á transformarse en tejido fibroso. En un cierto número de casos que se pueden considerar como menos inveterados, el infiltrado consiste

en celdillas redondas á las cuales están mezcladas algunas celdillas fusiformes, estrelladas, de prolongaciones múltiples, con protoplasma y varios núcleos que se coloran débilmente por el carmín y la hematoxilina, en tanto que las celdillas redondas no poseen sino un núcleo que se colora en moreno. El infiltrado en algunos casos está colocado como una capa delgada debajo del epitelio; á veces penetra más profundamente, desune el tejido sub-epitelial todo entero, aun las capas próximas del cuerpo esponjoso. Forma á veces al rededor de los senos de Morgani y de los orificios de las glándulas de Littre, salientes superficiales papiliformes. Bajo la influencia de la proliferación embrionaria y de la neoformación vascular, se ven desarrollarse en puntos circunscritos de la mucosa salientes pequeñas de aspecto muriforme, las granulaciones embrionarias, que Désormeaux, el inventor del endoscopio, las ha considerado como la lesión característica del origen blenorragico, no obstante de que no se encuentran siempre ni aun siquiera en la blenorragia crónica. Más tarde las celdillas fusiformes predominan sobre las celdillas redondas, la capa elástica es destruída y disociada; la lesión se propaga del corion al tejido esponjoso y aun á las capas superficiales del cuerpo cavernoso: es el trabajo de esclerosis que se organiza y se extiende.

Anatómicamente, los senos ó lagunas de Morgani se parecen á hundimientos de la mucosa uretral; su epitelio presenta las mismas alteraciones que el de la superficie libre, del cual no es sino una prolongación. A veces, describe Finger, la laguna está llena de celdillas epiteliales del tipo pavimentoso; en otros casos el calibre del seno está ensanchado al grado de ser visible á la simple vista. Las alteraciones ulteriores del seno tienen su punto de partida en el tejido peri-lagunar y se puede observar la saliente en forma de cráter, la elevación con dilatación del orificio del seno. Puede suceder que el seno relleno de epitelio se oblitere; resulta entonces un pequeño quiste que macroscópicamente aparece como un nódulo blanco del grueso de un grano de sémola hundido en la mucosa. Las glándulas de Littre son también y precozmente, invadidas por

el proceso inflamatorio. El tejido periglandular está infiltrado, en los casos recientes, de celdillas redondas y fusiformes; en los casos más antiguos éstas últimas predominan. Este infiltrado puede por su retracción destruir la glándula, y si está localizado al rededor del conducto excretor, está expuesto á determinar dilataciones quísticas de este conducto y de la glándula. En el cuerpo glandular se produce una infiltración de los tabiques que separan los acini; este infiltrado y con él los tabiques se retraen, y la glándula puede así atrofiarse por retracción glandular y periglandular. La localización de los gonococcus en la superficie del canal, en la blenorragia crónica, se traduce, nos dice Legrain, por la presencia de una gran cantidad de celdillas epiteliales descamadas y por la desaparición de más en más completa, en los glóbulos del pus, del *micrococcus gonorrhoeae* que tiende á acantonarse en los elementos epiteliales. Al mismo tiempo, y esto se observa sobre todo en los escurrimientos tenaces, el gonococcus llega á ser muy difícil de descubrir en medio de otras bacterias de la uretra que se infiltran en medio de los despojos epiteliales; cuatro ó cinco de estos microorganismos tienen, según Legrain, dimensiones casi idénticas al microbio de Neisser, y se disponen de la misma manera, en diplococcus, pero se decoloran menos fácilmente que él.

Síntomas.—La blenorragia crónica puede ocupar la uretra anterior ó la posterior ó ambas á la vez. La blenorragia anterior se revela localmente, por muy poca cosa; prescindiendo de la distinción entre blenorragia crónica y blenorrea, basada sólo en diferencias de grado, los síntomas consisten: En un escurrimiento variable en cantidad, color y consistencia, siempre en débil cantidad comparativamente al estado agudo, se muestra en forma de gota entre los labios del meato sea espontáneamente sea por expresión después de un largo intervalo, después de la micción; puede observarse en el día si se espacian las micciones, ó si su cantidad no es la mínima, pero sobre todo es común observarle en la mañana después de la suspensión de la micción durante la noche; á veces no hace sino pe-

gar los labios del meato, ó no se percibe, sino bajo la forma de filamentos blancos, en suspensión en las primeras gotas de orina; su color puede ser opalino, blanco lechoso, ó ligeramente amarillento, su consistencia es purulenta ó muco-purulenta, jamás enteramente mucosa; á veces los labios del meato se encuentran un poco rojos y tumeficados, no hay dolor, á veces alguna sensibilidad durante la micción y la erección y cosquilleo espontáneo; pero todos estos síntomas son susceptibles de exacerbarse, y el contagio hacerse inminente por la menor falta de higiene, por cualquiera irritación ó separación de régimen. A estos síntomas locales hay que agregar, el estado general ó, como quiere Ricord, el estado mental del sujeto, pues él creía que un buen nosógrafo debía de clasificar la blenorragia entre las afecciones mentales. Si es verdad como dice Fürbringer que se ven muchos enfermos soportar su enfermedad, con una apatía y una indiferencia inconcebibles, en otros la misma afección determina una alteración del carácter y un desaliento completo; en ellos esta gota que aparece todas las mañanas sin tregua, basta para quitarles todo bienestar corporal y moral. Esta insignificante y terrible bagatela como le llama Diday, es una de las fuentes más frecuentes de la hipcondría y tal es el sentimiento de tristeza que causa á veces al enfermo, que uno de los curados por Diday, decía en la embriaguez de la alegría, que era cien veces más feliz de haberse curado, que de no haber estado enfermo nunca. Feliz aún dice Jullien el que se ve curado de su manía uretral y de su blenorrea.

La blenorragia posterior crónica, se revela por un escurrimiento semejante al de la blenorragia crónica anterior y por los síntomas de la blenorragia profunda aguda, pero disminuidos estos últimos en su intensidad, al grado que á veces son difíciles de apreciar. "Es necesario descubrir la uretritis posterior, en sus manifestaciones aun las más atenuadas, dice Forgue, y desde el punto de vista terapéutico, sospecharle aun en ausencia de una sintomatología desisiva, siempre que un tratamiento metódicamente llevado sobre la uretra y asocia-

do á una higiene perfecta quede sin efecto." "Sin duda es necesario no obrar á la ligera, y querer tratar una uretritis posterior hipotética, exponiéndose á inocular esta porción del canal; se han podido citar ejemplos de esta invasión terapéutica de la uretra profunda; pero estos hechos comunes en el período agudo son excepcionales para la blenorrea."

Un enfermo ha guardado de una ó varias blenorragias anteriores un escurrimiento rebelde; en la mañana al despertar, la gota aparece en el meato; á menudo el escurrimiento se reduce á esta gota matinal; á veces algunas gotas aparecen durante el día. Si no se encuentran actualmente los signos propios de la blenorragia profunda, debe inquirirse del número de la duración de las blenorragias anteriores. En un período cualquiera de estas blenorragias, ¿el enfermo ha tenido ganas frecuentes de orinar? ¿Ha experimentado el dolor característico al fin de la micción, ó á veces cierto sufrimiento al principio, en el momento en que la columna urinaria distiende la uretra prostática y va á entreabrir el esfínter? ¿Juntamente con estos síntomas ha orinado sangre al acabar? Este conmemorativo es de la más alta importancia, demuestra que la uretra posterior ha podido alojar gonococos, y autoriza en caso de un escurrimiento rebelde á un tratamiento racional de la uretritis anterior, á tratar la uretra profunda como blenorragica. Según Guyon, el escurrimiento, cuando es debido únicamente ó casi únicamente á la uretra posterior, se hace según un tipo particular: el pus cuando es secretado bastante abundantemente, se acumula en la región profunda del canal y se evacua en el día á intervalos, más ó menos regulares, por una especie de "eyacuación en miniatura," que proyecta al meato algunas gotas; á veces es al fin de la micción ó de la defecación, cuando esta emisión purulenta se produce. Son estos enfermos los que vienen á quejarse al médico de "pérdidas seminales involuntarias," ayudando la imaginación y la lectura son entregados á la obsesión de la espermatorrea. Muchas veces la secreción es pequeña; las menudas gotas, purulentas, nacidas detrás del esfínter, quedan hasta en la mañana encerradas en la uretra pro-

funda; se escurrirán con el primer chorro de orina, barridos bajo la forma de estos tapones mucosos de estos filamentos blanquecinos, que nadan en la orina, y que producen en el enfermo alarmas vivas. En caso de que aún se dude de la uretritis profunda, la uretra anterior una vez limpia, se puede ir á adquirir el pus del segmento profundo de la uretra con el talón del olivo explorador. Al penetrar el olivo en el segmento profundo y al devolverse á través de él, el enfermo siente un dolor, se saca la sonda, y se verá en el talón del olivo el depósito purulento ó se arrastrará éste hacia el meato. Además nos queda el recurso de la prueba de los dos y tres vasos, que nos servirá no sólo para distinguir las supuraciones de los dos segmentos de la uretra, sino para distinguir las supuraciones uretrales de las de los órganos más profundos.

DIAGNÓSTICO.

En el diagnóstico de la blenorragia uretral hay dos cuestiones que resolver. Primera: si el escurrimiento que se tiene á la vista proviene realmente de la uretra, y de qué porción de este canal. Segunda: si este escurrimiento contiene el agente patógeno de la blenorragia. Diagnóstico de sitio, diagnóstico de naturaleza. Hay además alguna vez que resolver si realmente hay ó no hay escurrimiento; porque no hay que olvidar que hay blenómanos que han tenido una ó varias blenorragias anteriores, y que, curados de ellas, les ha quedado la manía uretral; por el contrario, hay enfermos que deseosos de ver extinguida su blenorragia, ocultan al médico las pequeñas manifestaciones que aún les quedan, ó bien no las ocultan intencionalmente, pero pasan inadvertidas para ellos, porque el escurrimiento puede ser reducido á esos pequeños filamentos blanquecinos, que hemos dicho salen con las primeras gotas de orina, y si á esto se agrega que el enfermo se haya puesto en práctica un tratamiento que le satisface, ó que se lo haya prescrito un médico en quien él tenga absoluta confianza, y á la vez haya coincidencia causal ó casual, entre la época de ese tratamiento y la reducción de su escurrimiento á esos pequeños filamentos, el enfermo podrá juzgarse curado, y el médico podrá creerlo si no tiene la precaución de observar la orina y de introducir su sonda exploradora en busca del depósito purulento; esta

exploración podrá también servir, aun sin intentarlo, para irritar ligeramente la uretra y provocar una exacerbación subaguda y contagiosa que demostrará perentoriamente al enfermo que la enfermedad y el peligro subsisten.

Diagnóstico topográfico.—El escurrimiento producido por una blenorragia uretral puede ser simulado. Primero: por pus que sale de la abertura prepucial en un sujeto afectado de fimosis. En este caso, el pus puede provenir de una balanitis, ó de una úlcera balano-prepucial. Si la fimosis es reductible, la confusión desaparece desde luego, por el reconocimiento directo de la lesión; pero si la fimosis es irreductible, entónces habrá que recurrir á los signos indirectos, que nos bastarán. Si no hay más que inflamación ó ulceración balano-prepuciales, comprimiendo el glande entre los dedos se sentirá tumeficado y se causará dolor, pero dolor que no subirá á lo largo del canal, la erección no será dolorosa, no habrá disuria; si juntamente con los fenómenos balano-prepuciales se encuentran estos últimos, quiere decir que hay afección uretral y balano-prepucial, lo cual no es raro. Segundo: el escurrimiento uretral podrá ser simulado por pus vertido en la uretra por una fuente extraña, fuente que no está en comunicación normal con la uretra (abscesos peri-uretrales, abscesos por congestión de la columna vertebral), causas fácilmente reconocibles; ó bien ocupa un punto más ó menos aljado de las vías génito-urinarias (nefritis, cistitis purulenta, prostatoreea, supuración de un núcleo tuberculoso de la próstata, de una vesícula seminal, del epidídimo, del testículo, el cual se derrama por el canal deferente en la uretra); pero la mayor parte de estos estados patológicos, no teniendo de común con la blenorragia que la salida de materia purulenta por la uretra, basta estar prevenido de estas causas de error para evitarlas; además, la materia purulenta, siendo expulsada por las contracciones que exige la micción, es en el momento de ésta, y por consiguiente con ó después de las últimas gotas de orina, que la materia purulenta sale de la uretra; así, el escurrimiento por el meato, una vez reconocido, la cuestión topográfica se reduce las más veces á esto: ¿el escu-

rrimiento, proviene de una afección de la uretra anterior, las más veces de una uretritis blenorragica, ó bien con ó sin uretritis anterior, de una uretritis profunda, ó más aún de una cistitis? Por la uretritis anterior aislada, no hay los deseos vehementes é inevitables de orinar frecuentemente, polakiuria, no hay tenesmo doloroso ni hematuria después de la micción, síntomas que se encuentran en la uretritis profunda y en la cistitis; pero con qué diferencia! En la cistitis, sobre todo en la blenorragica, tipo de cistitis aguda, las micciones son de tal manera frecuentes, que se designan á los enfermos con el nombre de falsos incontinentes; el dolor es tan intenso que se da á la cistitis el calificativo de dolorosa; además, el pus es á veces tan abundante que también se da á la flegmasia vesical el nombre de cistitis purulenta; verdad es que si se trata de una uretritis profunda crónica ó de una cistitis también crónica, podrá suceder que estos síntomas, sobre todo en los enfermos poco observadores de sí mismos, no se reconozcan con facilidad, ó que el enfermo no pueda dar razón de si en sus pasadas blenorragias agudas se hayan manifestado. Entonces es cuando se hace necesario el recurso de la prueba de los dos y tres vasos, que por otra parte solamente es útil en casos crónicos, porque sólo es eficaz con débiles escurrimientos; cuando el pus se forma abundantemente en la uretra profunda, forza el esfínter vesical y cae en la vejiga. La prueba de los dos vasos ha sido recientemente el objeto de un trabajo importante de parte del Dr. Tamassoli.

Orina purulenta.—Sin lavado previo de la uretra anterior, la orina de una micción es recogida en dos copas, la primera parte del chorro en una, la última parte en la segunda. Cuando la orina está turbia en el primer vaso y clara en el segundo, sólo hay uretritis anterior, ó posterior, ó ambas; pero no hay cistitis. Lavando previamente la uretra anterior, se podrá por una nueva prueba reconocer que el pus contenido en la primera copa proviene, al menos parcialmente, de la uretra profunda; en la anterior se tendrá como síntomas accesorios: gota en la mañana, mucosidad amarilla en el meato después de la

presión bien hecha, camisa ligeramente manchada de amarillo. Si el primero y segundo vaso están turbios, pueden presentarse tres casos:

A. El primer vaso más turbio que el segundo: uretritis posterior, pudiendo existir también la anterior.

B. El primero y segundo vasos turbios igualmente: cistitis, uretritis posterior grave.

C. Segundo vaso más turbio que el primero: cistitis grave.

Que el primer vaso esté claro y el segundo turbio: este hecho no es posible, á menos que existiera una prostatitis crónica, no acompañada de una uretritis prostática, y que depositara su secreción en la uretra solamente en los últimos esfuerzos de la micción.

Orina con filamentos.—Primer vaso con filamentos, segundo sin ellos: uretritis anterior ligera, uretritis posterior crónica ó sub-aguda. Primero y segundo vaso con filamentos: puede haber uretritis de cualquiera región, pero fatalmente hay prostatitis; pequeños copos pueden llegar con dificultad en el meato, que provienen de las extremidades glandulares de la próstata; los copos más pequeños se encuentran en el segundo vaso. Segundo vaso con filamentos, el primero sin ellos: este hecho no es posible; solamente podría corresponder á una prostatitis sin huella de uretritis, pero esto es simplemente teórico.

Prueba de los tres vasos.—Previo lavado de la uretra anterior, se hace orinar al enfermo en tres copas. Si no existe enturbiamiento ó filamentos sino en el primer vaso, es que no hay sino uretritis posterior; si el primero y tercer vasos están turbios, hay una cistitis del cuello concomitante. Los tres vasos están turbios, el cuerpo vesical ó los riñones están afectados.

En la blenorragia crónica anterior, puede ser conveniente y á veces necesario, determinar en qué punto de esta porción uretral se encuentra acantonada la lesión; para llegar á esta determinación se puede hacer uso del endoscopio, pero este instrumento exige una gran costumbre para llegar á conclusiones prácticas; por otra parte, se puede recurrir á la sonda oli-

var, que revela el sitio del mal por el vivo dolor que despierta al pasar por la parte enferma.

Diagnóstico causal.—El único criterio cierto para determinar la naturaleza de un escurrimiento uretral, para determinar si es ó no blenorragico, es el microscopio y el estudio de los cultivos; así aquí, la descripción del gonococcus bajo el microscopio y de sus cultivos, debe ocupar el lugar de la descripción sintomática, de las uretritis simples, producidas por las causas banales de la inflamación, de la uretrorreya, del flujo mucoso, etc., por excepción y por la misma facilidad de descubrirles, nos ocuparemos de señalar los signos distintivos de los escurrimientos debidos á un chancro uretral.

El chancro indurado de la uretra produce un escurrimiento en débil cantidad; el chancro simple se acompaña de un escurrimiento más pronunciado, más acre, pero no como el de la blenorragia aguda, y si á veces alcanza esta intensidad, es que la blenorragia coexiste con el chancro; por otra parte, los chancros ocupan generalmente la proximidad del meato, y es fácil verlos; por la presión entre los dedos se produce dolor y escurrimiento sanguinolento si es chancro blando, ó se puede sentir la dureza característica si es chancro indurado; además, la adenopatía inguinal, monoganglionar y flegmonosa en un caso, la adenopatía poliganglionar é indolente en otro, ayudarán á definir la naturaleza del escurrimiento; en fin, la secreción del chancro simple es inoculable al portador, y en caso de chancro indurado, las manifestaciones secundarias no tardarán en declararse.

Para examinar el gonococcus bajo el microscopio, se hace uso generalmente de un objetivo de inmersión y de un condensador de Abbe; sin embargo, un buen sistema seco que dé un aumento de 400 á 500 diámetros, puede muy bien bastar. Los mejores colorantes son la fuschina y el azul de metilena. Los gonococcus son elementos ovoides; el eje mayor mide de $0'6\ \mu$ á $0'7\ \mu$; el eje menor, $0'5\ \mu$; se agrupan ordinariamente de dos en dos, diplococcus, á menudo así reunidos, su cara interna se ahueca un poco, lo que les da una apariencia reniforme; como se re-

producen por escisiparidad, según planos alternativamente perpendiculares el uno al otro, no es raro observar grupos de cuatro, tetragení, que simulan bastante bien ciertas formas de pan; su agrupación regular en seis, ocho ó más, es demasiado rara, tal vez por los movimientos de que están animados y que hace su agrupación irregular en pequeños montones de diez, ochenta y aun ciento veinte. Si se observa especialmente una partícula de cultivo en el caldo, se ven los diplococus animados de movimientos complexos, de translación, de oscilación y de rotación, que aproximan, separan, sobreponen alternativamente los dos elementos de un par. Estos micrococus son además notables por su penetración en el interior de los glóbulos del pus y de las celdillas epiteliales; hemos indicado ya el habitado del gonococus según los diversos períodos de la blenorragia aguda, ocupa al principio las celdillas epiteliales. después los glóbulos purulentos para volver á las celdillas epiteliales; sin embargo, algunos autores opinan que aunque al terminar la blenorragia aguda los glóbulos purulentos se enrarecen y las celdillas epiteliales abundan, el gonococus sigue ocupando exclusivamente los últimos glóbulos purulentos, terminando con ellos, en tanto que en la blenorragia crónica, sí invaden las celdillas epiteliales; de suerte que estas serán invadidas ó no, según la terminación de la blenorragia aguda, que se extinga ó pase al estado crónico.

Micro-químicamente, se caracteriza el gonococus por la reacción indicada por Roux, que permite distinguirlo de las diversas bacterias de la uretra, morfológicamente semejantes: la decoloración por el método de Gram.

Modo de preparación.—Se extiende el pus sobre un cubreobjeto, ó entre dos sin frotar las láminas la una contra la otra, porque la presencia intracelular del micro-organismo es importante para el diagnóstico. Se coloca la lámina seca, pasada á través de la flama, la cara positiva sobre el baño siguiente: solución de anilina (compuesta de aceite de anilina, tres centímetros cúbicos; alcohol á cincuenta grados, siete centímetros cúbicos; agua, noventa centímetros cúbicos), mezclada á

partes iguales con solución hidro-alcohólica de azul de metilena. Después de una permanencia de dos ó tres minutos á frío, se hace un primer examen con esta coloración simple. Se lava la lámina á grande agua y se baña durante dos minutos en el líquido de Gram (ioduro de potasio, dos gramos; iodo, un gramo; agua destilada, cien gramos). Se quita con papel hidrófilo el exceso de líquido iodo-iodurado, y se coloca en el alcohol absoluto hasta la decoloración completa, lo que se reconocerá poniendo la lámina sobre un fondo blanco. Se lava de nuevo con agua hasta que ésta escurra libremente en la superficie, y se hace obrar, durante dos ó tres minutos, una solución acuosa concentrada de eosina ordinaria. Se deshidrata con alcohol, se transparenta con la esencia de clavo y se monta con bálsamo en xilol. Este tratamiento necesita veinte á veinticinco minutos; después de la acción de la solución de Gram y la de la eosina, la preparación toma un color rosa, los gonococcus son todos decoloridos y reducidos á pequeños puntos de un rosa un poco obscuro. Si hay otros microbios son coloridos en azul muy claro. A falta de cultivos para asegurar con más certidumbre la presencia del microbio de Neisser, es necesario, nos dice Legrain, reconocer: 1º, su disposición en diplococcus; 2º, su aglomeración en montones bastante considerables, en el protoplasma mismo de los leucócitos ó celdillas epiteliales; 3º, su decoloración por el método de Gram. Ninguno de estos caracteres tomados aisladamente puede bastar.

El gonococcus se cultiva bien en suero de sangre humana coagulada; es el medio de cultivo de Bumm; la sangre debe ser mantenida á la estufa á una temperatura de 33° á 37° centígrados; Bumm obtiene así un cultivo formado de islotes de bordes escarpados, de superficie lisa, húmeda y brillante, que le hace asemejar á una delgada capa de barniz transparente. Bockhart y Keis han verificado los resultados de Bumm, y mostrado además que el gonococcus puede ser cultivado sobre gelosa y gelatina peptonizadas. Sobre gelosa á 35° centígrados, se ve aparecer una auréola delgada, transparente, regularmente circular, de aspecto luciente, de consistencia blanda y no

viscosa. Alrededor de esta aureola se forman pronto círculos secundarios, que pueden ellos á su vez dar nacimiento sobre sus bordes libres á otros círculos aún más pequeños. En fin, en sus ángulos de reunión, se pueden ver elevarse pequeñas eminencias romas, tan transparentes, como que son los últimos indicios de la vitalidad del cultivo. La virulencia del gonococcus disminuye rápidamente en los cultivos sucesivos. Después de la cuarta generación, se obtienen apenas colonias de un milímetro. Si se siembra un tubo de gelatina, sea por picadura, sea por depósito de una gota en su superficie, se ve pronto formarse bajo la colonia una depresión, después una cúpula, que hacia el décimo día alcanza un centímetro de profundidad, y en la cual los gonococcus están uniformemente diseminados.

PRONÓSTICO.

Bien que se sabe de más de una observación de jóvenes blenorragicos, que se han suicidado por desesperación de verse afectados de blenorragia; esta enfermedad, por regla general, desprendida de sus complicaciones no pone en peligro la vida, pero, sin embargo, es una enfermedad de pronóstico severo y reservado. no sólo por su tendencia á persistir indefinidamente, sino sobre todo, por sus numerosas y graves complicaciones; aquí sería ocasión de citar éstas, pero un estudio aunque fuera sucinto de ellas, requeriría un espacio demasiado largo que nos desviaría de nuestro objeto; para el concepto de severidad que debe tenerse de la blenorragia, bástenos citar, no las complicaciones mortales como la nefritis bacteriana ascendente, la piohemia, las complicaciones cardiovasculares y nerviosas, etc., que bien que raras existen algunas observaciones, sino algunas de las consecuencias de otras complicaciones de las que no son raras: La blenorragia constituye una amenaza de ceguera completa por oftalmía purulenta, no sólo para la persona que la lleva, sino también para las personas que le rodean y aun para su generación, pues es la causa de la oftalmía purulenta de los recién nacidos; constituye una amenaza de anquilosis por reumatismo blenorragico, amenaza con una peritonitis consecutiva á la inflamación del testículo criptorquidia, á la flebotrombosis de los cuerpos cavernosos á veces mortal, á la gangrena del pene por parafimosis, compromete la generación por núcleos epididimarios impermeables, compromete la paz y aun

la existencia de la vida conyugal, por contaminación de la mujer en la que las complicaciones revisten más gravedad y son causas frecuentes de esterilidad. Desde el punto de vista de las complicaciones y además por sus síntomas propios, la blenorragia aguda es más seria que la crónica, puesto que la mayor parte de las complicaciones no aparecen las más veces sino en el estado agudo; pero la blenorragia crónica hemos visto puede pasar por causas múltiples al estado si no agudo al menos sub-agudo y de ponerse por lo mismo en aptitud de complicarse como la blenorragia aguda, además tiene una complicación peculiar que casi es su compañera obligada, por el hecho de su cronicidad, la estrechez, fuente de nuevas complicaciones. Por otra parte, en un sujeto predispuesto es de pensarse que el canal uretral no pueda escurrir impunemente: la tuberculosis puede ser atraída hacia los testículos, la próstata, las vesículas seminales. Se debe pues dejar de considerar la blenorragia crónica como una enfermedad insignificante. Sin duda hay enfermos que se resignan á esta humedad matinal de su meato; pero por el contrario, cuántos otros entre los instruidos y nerviosos, sin cesar preocupados de su escurrimiento y de sus aptitudes "congresivas" caen en la hipocondría sexual. La enfermedad no se eterniza sin hacer eco en la esfera genital; se ha negado su influencia sobre ella, pero Finger la ha demostrado perentoriamente y ha dado una buena descripción de las perturbaciones que sobrevienen. Hay enfermos que pierden la sensación voluptuosa del acto; otros más numerosos experimentan un sufrimiento en el momento de la eyaculación, hacia la uretra profunda y hacia el recto. Muy á menudo se puede observar esta forma de incapacidad sexual, que lleva el nombre de "debilidad irritable," la eyaculación es acelerada y la emisión de la esperma, se hace *ante portas*, ó desde la entrada; un período largo de frigidez sucede á esta cópula tan rápidamente producida. La impotencia, por otra parte, tiende á desarrollarse; la irritación constante, que parte de la uretra profunda, acaba por cansar el centro medular, las erecciones carecen de rigidez, la eyaculación se retarda. Fürbringer

estima que esta "incapacidad congresiva" existe en la mitad de los antiguos blenorreicos. Las pseudo-eyaculaciones de la prostatorrea, atormentan á menudo al enfermo que ve en ellas pérdidas seminales. A veces, además, una verdadera espermatorrea existe, que provocan, sobre todo, los esfuerzos de la defecación; cosa curiosa, puede suceder, que los espermatozoides de estas pérdidas estén desprovistos de movimiento; esto depende, según Finger, de que el esperma, así eyaculado por presión, de las vesículas seminales, no está mezclado de líquido prostático; Fürbringer ha demostrado que los zoospermas están inmóviles en las vesículas seminales y que la secreción prostática tiene la propiedad de ponerles en movimiento. De ahí perturbaciones complexas: al lado de la "impotencia congresiva" es necesario distinguir "la incapacidad generatriz." De los focos donde se acantona, la flegmasía crónica pueden, con ocasión de las causas irritantes, partir interminables reinfecciones de la uretra. Así, el blenorreico permanece para él y para otro, una fuente prolongada de contagios; el médico tiene con frecuencia que pronunciarse sobre una delicada cuestión: ¿La gota es aún contagiosa? ¿El sujeto es apto para un coito inofensivo? Finger prohíbe el casamiento á los enfermos portadores de la gota matinal ó de filamentos blenorreicos, en tanto que no satisfacen á las condiciones siguientes: después de tres ó cuatro semanas de observación diaria, las secreciones deben estar exentas de pus y compuestas solamente de celdillas epiteliales, el microscopio no debe mostrar gonococcus, aun cuando se haya reavivado el escurrimiento por inyecciones irritantes de sublimado ó de nitrato, ó por el sondeo, el sujeto no debe ser portador ni de prostatitis ni de estrecheces. En suma el gonococcus debe haber desaparecido. Brewer nos refiere un hecho de infección conyugal grave, provocada por un blenorreico que desdeñó las prescripciones médicas; cada uno sabe tristes ejemplos. Es necesario no olvidar que el gonococcus sobrevive largo tiempo á la faz aguda de la blenorragia y esto alarga singularmente el período de contagiosidad del escurrimiento. Goll acaba de suministrar una clara demos-

tración, por el examen motódico de 1,046 casos de uretritis de diversa duración: En las uretritis de cuatro semanas encontró gonococcus en un 47 por 100; en las de seis semanas 38 por 100; en las de siete semanas 37 por 100; en las de cuatro meses 21 por ciento; en las de tres meses 20 por 100; en las de siete, ocho y nueve meses 19 por 100; en las de cinco meses 18 por 100; en las de seis meses 14 por 100; en las de año y medio 9 por 100; en las de dos años 5 por 100; en las de tres años $2\frac{1}{2}$ por 100; en las de cuatro, cinco y seis años no encontró nada.

TRATAMIENTO.

Antes de ocuparnos de los medios propios para combatir la blenorragia uretral, vamos á decir una palabra de la manera de preservarse de esta enfermedad.

Profilaxia.—Comprende la preservación de la sociedad, higiene general y la preservación individual: de la primera no nos ocuparemos, es del dominio de la inspección sanitaria, únicamente diremos que los médicos deben procurar la generalización del uso del microscopio en el examen de las secreciones genitales de las mujeres públicas, como único medio, muchas veces, de descubrir la contagiosidad de estas secreciones. Respecto á la profilaxia individual, los que creen en la pluralidad de las causas de la blenorragia uretral multiplican naturalmente las indicaciones que deben llenarse para precaverse de esta enfermedad, y así aconsejan que es necesario abstenerse de todo coito con una mujer durante la época de sus “reglas,” así como dos días antes y después de este flujo fisiológico; que es necesario evitar toda relación con una mujer afectada de “flujo blanco,” de loquias, de cáncer uterino; que es indispensable no entregarse á la cópula en estado de embriaguez ó después de la ingestión de una gran cantidad de cerveza, de vino, de sidra, etc. Estos consejos son dignos de seguirse, son recomendaciones higiénicas que deben ponerse en práctica, porque precaven al hombre y á la mujer de otras

muchas afecciones distintas de la blenorragia y además favorecen la eficacia de la inoculación en caso de contagio.

Pero, á decir verdad, no hay sino una sola indicación bien establecida: evitar el contagio. A fin de llenar este precepto, es necesario, cuando se tiene derecho para sospechar de la mujer, no prolongar el coito más allá de sus límites normales y no dejarle incompleto. Lanzada de atrás hacia adelante la esperma, limpia el canal; lejos de constituir una condición desventajosa la eyaculación, no es en realidad sino una inyección natural que desembaraza á la mucosa de las impurezas que los primeros contactos han podido introducir. Respecto á la repetición del acto, no se puede fijar ningún límite numérico; así no podemos declararnos entre los *non bis in idem* y los más indulgentes del *non quater*. El hombre, en efecto, debe consultar sus fuerzas y el grado de confianza que tenga en su pareja; pero es evidente que, en caso sospechoso, mientras más se repite el acto, mayores son las probabilidades de que el contagio se verifique. El contagio, hemos dicho, se opera por la permanencia, el simple contacto de la materia virulenta con las paredes de la uretra; es necesario, pues, proceder sin demora, después de la relación intersexual, al lavado de la uretra y de la superficie balano-prepucial. Hace ya más de un siglo que Warren alababa las virtudes de su agua antivenérea, que recomendaba para inyecciones preventivas; Fordyce pretendía aniquilar todo virus con la inyección de una solución de potasa; Jeannel, Ruxelles, Rodet de Lyon, recomendaron también sus fórmulas preservativas. Después, la elección del líquido les fué indiferente; buscaban un efecto simplemente mecánico y empleaban indiferentemente el agua pura, el agua mezclada con vino, agua de Colonia, etc., y se puso en boga el excelente precepto de la escuela de Salerne: *Post coitum si mingas*.—*Apte servabis uretras*; es conveniente orinar después del coito, obturando de vez en cuando con el dedo el meato para que la orina distienda la mucosa y que el chorro vuelto más fuerte y más rápido lave mejor la superficie sobre la cual la materia infecciosa se haya depositado. En cuanto al instrumento para ha-

cer la inyección, Diday recomendaba una pequeña geringa fácil de llevar cargada encerrada en su estuche. Recientemente las soluciones antisépticas han sido también recomendadas para inyecciones preventivas. Ciertamente que estas precauciones son buenas, pero no son del todo eficaces. Creemos con Rollet, Diday y muchos otros autores, que no hay sino un medio profiláctico por excelencia en el hombre, ha sido descubierto en el siglo pasado por el Dr. Condom, que le legó su nombre. Era primitivamente el intestino ciego del carnero; en nuestros días es un forro de *baudruche* ó de cautchuc. Los autores están lejos de tener todos la misma opinión sobre el valor del preservativo en cuestión. Los unos le han reprochado sus desgarraduras fáciles; una mujer célebre ha definido el condom: es una coraza contra el placer, una tela de araña contra el peligro; pero á pesar de estos díceres maliciosos, el condom es el único preservativo de la blenorragia cuando está bien hecho y exento de erosiones.

La profilaxia para ser completa no debe limitarse á disminuir la receptividad del hombre, debe disminuir también la nocuidad de la mujer. Lavados con líquidos antisépticos debieran ser los preliminares obligados de toda aproximación sexual. Desgraciadamente es raro que el hombre exija estas precauciones, y la mujer tiene poca tendencia á practicar estos deberes elementales de la higiene. Las mujeres que se venden, dice Pouillet, no experimentan las más veces, en el momento del coito, ninguna excitación genital, de donde la ausencia ordinaria de la lubricación sexual; cuando se trate de una mujer de esta categoría, si sus órganos genitales son el sitio de alguna humedad, es bueno desconfiar y sospechar de que está afectada de un escurrimiento, tal vez benigno, pero á veces contagioso.

Tratamiento.—Conocida nos es la causa de la blenorragia; conocemos el agente patógeno que la produce; la terapéutica patogénica, la que justifica la intervención activa y conduce á los resultados más satisfactorios, se ha iniciado ya en el tratamiento de la blenorragia uretral; desgraciadamente aún queda

un vacío que llenar, un problema que resolver, la intervención activa patogénica no está igualmente justificada en todos los períodos de la blenorragia, y la noción del habitado del gonococcus en las diversas fases de esta enfermedad nos suministra la razón. Al principio, durante el período prodrómico de la blenorragia aguda, período de corta duración, dos días por término medio, el gonococcus se encuentra en la superficie de la mucosa, es un habitante de las celdillas epiteliales y se elimina con ellas; después, cuando el escurrimiento ha llegado á ser francamente purulento, se encuentra en la profundidad de la mucosa y se elimina con los glóbulos del pus; en la faz de declinación y en el estado crónico el agente morbosos vuelve á la superficie, eliminándose sea con los glóbulos del pus, sea con las celdillas epiteliales ó con ambas á la vez; pero de todos modos en la madurez y en el estado crónico, lo mismo que en el período inicial fugitivo del principio de la blenorragia, el microbio es accesible directamente á la acción de los agentes terapéuticos; en el período agudo se encuentra protegido por los elementos mismos de la mucosa; en el principio y madurez de la blenorragia aguda, como en el estado crónico, la intervención activa se impone por encontrarse el agente patógeno en la superficie; en el período agudo se necesita atacar el microbio á través de la mucosa, buscar un medicamento capaz de aniquilar el microbio sin destruir la mucosa, hé ahí el problema, para que partiendo de la noción patogénica estemos autorizados á intervenir en cualquiera de los períodos de la blenorragia con las mismas probabilidades de éxito; veremos á qué atenernos.

La noción del habitado del gonococcus, se aduna con la antigua división clásica de la blenorragia aguda, desde el punto de vista terapéutico, en tres estados: estado abortible, estado irrepresible y estado represible. Seguiremos esta antigua división; solamente que, como la blenorragia crónica es justificable del mismo tratamiento, con ligeras modificaciones, que el estado represible y el estado de madurez de la blenorragia aguda, fundiremos para evitar repeticiones, este último estado de la go-

norrea en un mismo estudio, con la blenorragia crónica ó blenorrea, desde el punto de vista del tratamiento.

Estado abortible.—Al principio de la blenorragia aguda, la flegmasia ocupa, casi exclusivamente, la fosa navicular, donde se estaciona por decirlo así, antes de tomar su marcha invasora hacia las porciones profundas de la uretra. Hé aquí otra causa que invita á tratar la blenorragia en su principio; pero sin embargo, ¡cuán raro es encontrarse con una blenorragia que no haya pasado este período fugitivo! Muy pocas veces se ve un blenorragico consultar al médico desde el principio de su enfermedad y confiarse enteramente á su dirección; desgraciadamente comienzan á menudo por cuidarse á sí mismos, escuchando los diferentes consejos de sus numerosos amigos, ó siguiendo las prescripciones de las publicaciones extra-médicas. El resultado es que las más veces hay que conformarse para aplicar el tratamiento abortivo, con blenorragias de tres, á veces de cuatro días, siempre que el escurrimiento, graduador de los demás fenómenos de la blenorragia, no haya llegado á ser francamente purulento.

Pero aun con blenorragias enteramente recientes, el método abortivo no ha tenido una aceptación general. “No surte una vez sobre diez, aun durante las primeras veinticuatro horas,” dice Mauriac. Este modo de tratamiento divide á los prácticos en dos campos: los unos le preconizan y le emplean, los otros le consideran como peligroso y le desechan. Veamos sin parcialidad en qué se apoyan unos y otros.

El método abortivo, que parece datar del siglo XVII y haber sido empleado por la primera vez por Carlos Musitan, ha consistido generalmente en inyecciones más ó menos cáusticas, administradas cuando la blenorragia, sin producir escurrimiento, se acusa de una manera cualquiera, ó cuando el escurrimiento establecido desde corto tiempo, no es sino seroso ó mucoso, pero sin purulencia.

Musitan, que aconsejaba en este caso una inyección de base mercurial, decía que detenía al instante la enfermedad, sin que hubiese necesidad de otros medicamentos. Simmons, en 1786,

se servía del nitrato de plata con el mismo objeto. Ratier, en 1827, cauterizaba directamente la fosa navicular, primer sitio de la afección, para obtener un resultado semejante. Desde entonces, un buen número de autores, Carmichael, Wal-Moreau, publican observaciones favorables á este sistema de tratamiento. En 1843 y 1846, Debeney, en una memoria, refuta los temores que este método ha hecho nacer, y se apoya para aconsejarlo sobre 120 observaciones. Se servía de una inyección de solución de nitrato de plata en la proporción de 4.00 de nitrato para 30.00 de agua. Lerich refiere en un trabajo, publicado en 1844, sobre el empleo del nitrato de plata en escurrimientos blenorragicos, que sobre 600 casos en que ha empleado el método abortivo, no ha notado ningún accidente que merezca ser señalado. Diday recomienda y da un procedimiento de inyección para el método abortivo, con nitrato de plata al 1 por 100. Welander preconiza el tratamiento abortivo de la blenorragia. "Este tratamiento, dice, que no tiene otro inconveniente que producir durante uno ó dos días un poco de escozor en el momento de la micción, puede hacer abortar la blenorragia si es aplicado antes que los gonococcus hayan atravesado la capa epitelial. Esta medicación no debe ser instituída cuando el escurrimiento de mucoso llega á ser purulento." Welander introduce en la uretra un pequeño tapón de algodón para limpiarla, después inyecta un gramo de solución de nitrato al 1 por 100. Neisser opina que con el tratamiento de Welander se pueden tener éxitos, pero que es necesario un método menos peligroso. Hartmann ha empleado las instilaciones, quince ó veinte gotas de una solución al 1 por 50; ha obtenido algunos éxitos. Tuffér declara que en el principio de la blenorragia, los lavados de la uretra anterior con sublimado al 1 por 3,000, repetidos tres veces por día, ó bien con permanganato de potasa igualmente al 1 por 3,000, le han dado éxitos; pero no los emplea sino cuando puede vigilar al enfermo de cerca y ponerlo en reposo completo. Hartmann declara también que los lavados con solución de nitrato al 1 por 200, ó con permanganato al 1 por 2,000 surten como abortivos. Tal es el activo del sis-

tema abortivo. Hé aquí el pasivo: Venot en 1844, según Belhomme y Martin, formulaba contra el tratamiento abortivo graves acusaciones. En 14 casos en que le había empleado este cirujano, había visto sobrevenir uretrorragias, artritis, oftalmías, orquitis, abscesos uretrales, adenitis etc. A. Latour y Berton, el año siguiente, en la "Gazette des hôpitaux," manifestaban su acuerdo con la manera de ver de Venot, y muchos otros autores participaron de la misma opinión, tales como Civiale, Vidal de Cassis, Cullerier, etc. Ricord, primero partidario del método abortivo, le usó menos después, sin ser sin embargo un detractor. Entre los autores modernos hemos ya citado la opinión de Mauriac; Brocq y Bazy declaran que el método abortivo es una arma peligrosa.

¿Por qué esta diversidad de opiniones entre los autores de todas épocas, por qué ha fracasado á veces el tratamiento abortivo, y otras han sobrevenido accidentes? Las razones son varias y las encontraremos, sea en la naturaleza del líquido empleado, sea en el grado de concentración de la solución, sea en la repetición inmoderada de la cauterización, sea en el manual operatorio, sea en varias de estas causas reunidas. El nitrato de plata es el único agente terapéutico que hasta ahora se ha reconocido como teniendo una acción abortiva indiscutible sobre la blenorragia; esta es la conclusión á la cual ha llegado el Dr. Beurmann en su tesis de agregación de 1886. La oftalmología ofrece además el testimonio más evidente; no debe emplearse, pues, por hoy, sino las soluciones de nitrato de plata; más cuando se duda de la eficacia del método abortivo como método, cualquiera que sea el líquido empleado. Algunos autores, después de haber elegido la solución que les parecía más eficaz, le empleaban indiferentemente en todos sus enfermos, á la misma dosis. Como lo hace notar el profesor Fournier, todas las blenorragias están lejos de ser iguales, aun en el principio. Es necesario, pues, variar la dosis según la intensidad de la afección. Para obtener buenos resultados, es necesario una solución tanto más fuerte, cuanto el estado inflamatorio

es más marcado, y en esto no se hace sino seguir la regla de los oftalmólogos en la conjuntivitis blenorragica.

Es necesario, sin embargo, no elevar demasiado la dosis de nitrato. Así, la dosis indicada por Debeney al $\frac{4}{30}$, es peligrosa; ha debido ser la causa de algunos fracasos y aun de accidentes graves. En inyecciones ó lavados no debe pasarse la dosis de 2 por ciento, y la solución al 1 por ciento debe ser el término medio, cuyos extremos son el 2 por ciento y el 0.50 por ciento. Es necesario, además, á medida que la mejoría se produce, emplear soluciones más débiles. Sería de desearse no emplear nunca sino soluciones muy débiles, al $\frac{1}{4000}$ por ejemplo, como lo quiere Neisser, pero en esta dosis no hay coagulación y la acción del nitrato parece puramente química, fundada en la necrosis de coagulación del protoplasma. A la dosis de $\frac{1}{4000}$ no se obtiene sino una acción endosmótica por la cual la solución penetra en las capas profundas.

Las cauterizaciones demasiado aproximadas parecen ser otra causa de fracasos. Salvo raras excepciones, es necesario seguir la práctica de Ricord, dejar cuando menos veinticuatro horas entre dos intervenciones.

El contacto prolongado del nitrato de plata con la mucosa uretral parece ser otra causa de accidentes y fracasos. No solamente, en efecto, después del empleo de muy altas dosis sino á consecuencia del empleo de soluciones relativamente débiles, se han visto sobrevenir á veces dolores intensos, uretrorragias, penitis, etc. Es necesario hacer aquí lo que hacen los oftalmólogos: lavar ampliamente la mucosa después de la cauterización con el nitrato de plata, no sólo, sino que también sería conveniente neutralizar el exceso de nitrato por el cloruro de sodio.

Hay otra causa de mal éxito referente al manual operatorio: En la blenorragia incipiente la flegmasia ocupa la parte anterior de la uretra exclusivamente; es necesario no franquear esta porción enferma, ó cuando menos no forzar el esfínter é inocular la uretra profunda, esta complicación la han traído con frecuencia las inyecciones mal dirigidas, los lavados con la sonda

de Nélaton ó de Pezzer, ó con el explorador perforado y la geringa de Asnel hechos sin la graduación necesaria de la presión. Las instilaciones no tienen este último defecto, como manual operatorio en el método abortivo, pero empleadas aisladamente, no llenan la condición anterior, evitar el contacto prolongado del nitrato con la mucosa uretral. Teniendo en cuenta estas condiciones, el manual operatorio propuesto por Lavaux es excelente. Con las condiciones de presión y con una sonda especial del autor, de que después trataremos, se comienza por hacer un lavado de la uretra anterior con una solución saturada de ácido bórico, después se hace pasar la solución elegida de nitrato y se termina por un último y amplio lavado con agua boricada. De esta manera, como dice Lavaux, y ya he tenido ocasión de observarlo, no se tiene sino una reacción ligera; los pocos casos en que como tratamiento abortivo he puesto este manual operatorio de Lavaux con solución de nitrato al 2 por ciento, han sido seguidos de éxito, como después referiremos. Si con este *modus faciendi* se sustituye la sonda de Lavaux por la sonda de Guyon, cerrada herméticamente en su orificio olivar y abierta cerca de la base del olivo, como la ha descrito el Dr. Guyon, se podrá limitar la acción del nitrato á la parte anterior enferma, porque el olivo obtura el paso al resto de la uretra.

Resumiendo las condiciones de éxito del tratamiento abortivo de la blenorragia, diremos; 1º, el momento de elección para la intervención debe ser antes que el escurrimiento sea purulento; 2º, el agente terapéutico de elección, hasta ahora, es el nitrato de plata; 3º, el grado medio de concentración de la solución en que debe emplearse este agente es al 1 por ciento, pudiendo aumentarse ó disminuirse, según el grado de inflamación, siendo los límites extremos 2 y 0.50 por ciento; 4º, no debe repetirse la cauterización, salvo casos excepcionales, antes de veinticuatro horas; 5º, el manual operatorio que debe seguirse, entre los hasta hoy propuestos, es el de Lavaux.

Estado irrepresible.—Cuando la blenorragia tiene más de tres días y el escurrimiento es purulento, cuando hay ya dolor sea

en la micción, sea durante la erección y el meato está rojo y tumeficado, la blenorragia ha salido del estado abortible y se encuentra en el estado irrepresible, es decir, que ni los balsámicos ni la medicación tópica son capaces, según opinión casi unánime de los autores, de suspender ó reprimir una blenorragia. "La verdadera blenorragia aguda, dice Mauriac, resiste casi invariablemente á toda medicación que tenga por objeto cortarla bruscamente. No se hace sino ocultarla; reaparece tan aguda, tan virulenta como al principio, desde que se suspenden ó se disminuyen los medios represivos, y todo es volver á comenzar." Mauriac en esta frase expresa lo que han visto todos los especialistas en la generalidad de los casos. Diday hace una declaración semejante y rechaza enérgicamente la intervención represiva en el período agudo; sin embargo, no rehusa, cuando el cliente lo pide y la flegmasía no es realmente muy intensa, intentar cortar por los balsámicos y las inyecciones una blenorragia aguda, porque este ensayo, dice, no puede, si se suspende desde que se haya reconocido su impotencia, no puede crear ningún peligro, mas si se prosigue, se habitúa el organismo al efecto de los anti-blenorrágicos y cuando más tarde se recurra á ellos, no tienen ya la acción curativa que debieran.

Fournier por su parte cree que la causa principal de las blenorragias crónicas y casi incurables son las tentativas de suspensión prematura, el abuso de las inyecciones y de las instilaciones; así, juzga este tratamiento siempre nocivo porque predispone á la cronicidad; además, no sólo se ha considerado la intervención por los tópicos uretrales como ineficaz y como factor de la cronicidad, sino que también se ha acusado de favorecer las complicaciones por el hecho de la introducción de una sonda ó el pico de una geringa en la uretra; así, Pouillet indica, como prescripción higiénica, que es conveniente para precaverse de una cistitis, de una nefritis, de una prostatitis, evitar la introducción de cualquier instrumento en la uretra, en el período agudo.

Lavaux por el contrario, declara que toda blenorragia aguda

con microbios, en un período cualquiera de su evolución, puede ser considerablemente mejorada en algunos días, por lavados con soluciones de nitrato de plata como si se tratase del tratamiento abortivo.

Creemos, con la totalidad de los autores, que la blenorragia aguda resiste, no invariablemente pero sí en la mayoría de los casos, á los balsámicos y á la medicación tópica mejor dirigida; pero creemos también que se ha exagerado la nocuidad de la medicación tópica; siguiendo las indicaciones de Lavaux hemos aplicado indistintamente el tratamiento abortivo de este autor á todos los blenorragicos sin haber obtenido ningún accidente, salvo uno ó dos casos de uretrorragia ligera; verdad es que no tuvimos ocasión, por falta de caso clínico, de aplicar el tratamiento á blenorragias de las más agudas, pero sí algunas que sin tener el máximo de agudez, se encontraron en pleno período de estado é irrepresible de los autores, y tuvimos entre ellas algunos éxitos; así, si por regla general debemos abstenernos de la medicación tópica en el estado irrepresible, por excepción, si la blenorragia no es de las más agudas y el paciente lo solicita á pesar de la advertencia previa de las pocas probabilidades de éxito, podemos hacer una tentativa de represión, sin insistir demasiado, siguiendo el manual operatorio de Lavaux, empleando si se quiere apartar aún más el peligro, una solución de nitrato de plata al $\frac{1}{4000}$, que no determina la coagulación de la albúmina, pero se obtiene una acción endosmótica por la cual la solución penetra en las capas profundas, sitio del microbio, empleando además de preferencia la solución á 50 ó 52 grados centígrados, temperatura á que mueren los gonococcus, sin que este calor destruya los elementos de la mucosa, según lo asienta Dubuf.

Pero de todos modos, un período de espera se impone por lo general, y se admite casi unánimemente. ¿Qué tiempo debemos esperar? De diez á veinte días responden la mayor parte de los autores, cuando el escurrimiento recuerda por su aspecto la leche mezclada con agua; es decir, en general, hacia las tres semanas, precisa Hartmann; pero con Diday debemos de

observar que si esperamos la madurez de la blenorrrgia, no debemos atenernos á ningún dato numérico; si es permitido contar para obtener la terminación del estado irrepresible con una media de tres ó cuatro semanas, muy á menudo es más largo. no es raro que tarde dos meses y medio y aun más; así, debemos buscar otro medio que los datos numéricos, para declarar una blenorragia aguda en estado de madurez, á punto de ser tratada por la medicación tópica y los balsámicos y final del estado irrepresible. Diday nos provee de estos datos: una blenorragia está madura cuando no hay dolor ni á la micción ni durante la erección, y cuando el escurrimiento recogido largo tiempo después de una micción, hace hebra entre los dedos á una distancia de un centímetro.

Si el práctico cree en su deber abstenerse de la medicación tópica y de los balsámicos en el estado irrepresible, debe procurar llenar varias indicaciones: disminuir la inflamación, disminuir las erecciones y las micciones y calmar el dolor que causan, prevenir las complicaciones y evitar las causas del eretismo inflamatorio. Para llenar estas diversas indicaciones se han recomendado un gran número de prescripciones que sería muy largo estudiar en detalle; por otra parte, entre estas prescripciones unas son ya extemporáneas (sangrías), otras contradictorias (diuréticos), y hay algunas que son inaplicables las más veces (hielo), por no ser conciliables con las exigencias sociales; así, procuraremos solamente enumerar las más aplicables en la época actual, y más conformes con la fisiología patológica.

1ª Tomar uno ó varios baños locales en el día, según la intensidad de los síntomas flegmáticos, y un baño general durante ocho días sucesivos de dos ó tres horas de duración, si se sufre demasiado.

2ª Mantener en perfecto estado de limpieza los órganos genitales, envolver el glande con algodón hidrófilo, que se cambia desde que se haya ensuciado.

3ª Lavar las manos siempre que se hayan tocado los órganos genitales ó lienzo contaminados, y habituarse á no llevar-

las á la cara para evitar que los ojos sean contaminados. Sería conveniente también, para dormir, usar calzoncillos de baño ó calzoncillos ordinarios con la parte anterior llevada hacia atrás, para impedir que durante el sueño los dedos que hayan tocado inconscientemente los órganos genitales transporten el pus á los ojos.

4ª Llevar en la estación vertical y en la marcha un suspensorio bien hecho, amplio y lleno de algodón para ejercer sobre los testículos una presión suave y regular, y no quitarle sino en el lecho.

5ª Evitar los ejercicios violentos, la marcha prolongada, la equitación, la gimnasia, la esgrima.

6ª Evitar toda ocasión física ó moral de erección.

7ª Calmar las erecciones por el bromuro de alcanfor, el bromuro de sodio, las pomadas alcanforadas, las compresas frías.

8ª No tomar sino con moderación café ó té, y evitar en lo posible las bebidas alcohólicas y fermentadas; abstenerse de alimentos excitantes muy condimentados.

9ª Disminuir la acidez de las orinas por el bicarbonato de sosa para aminorar el dolor á la micción y combatir la constipación de preferencia por laxantes alcalinos.

10ª Prescribir el kawa-kawa de preferencia en píldoras y no en tisana, para disminuir sus efectos diuréticos y buscar sólo su acción anestésica local sobre la uretra; esto en caso de dolor excesivo, si no se quiere recurrir á inyecciones uretrales de cocaína ó á las inyecciones hipodérmicas de morfina que pueden tener inconvenientes. El kawa-kawa no provoca ningún signo de intolerancia del lado de las vías digestivas, y las orinas no desprenden ningún olor anormal que denuncie al enfermo; dosis media, un gramo cincuenta centigramos de extracto alcohólico repartido en el día (Gubler y Dupouy).

11ª Procurar la antisepsia de las vías urinarias por medio del salol, de preferencia al ácido bórico, al benzoato de sosa y al salicilato; pues el salol parece que es el que mejor realiza el objeto y se le atribuyen propiedades antiblenorrágicas. F. Dreyfous, E. Hirtz, Lane, Talamon, declaran haber empleado

con éxito el salol en el tratamiento de la blenorragia; este medicamento produce pronto, según ellos, la disminución y á veces la desaparición del escurrimiento y calma rápidamente los dolores; que en los casos de éxito que serían los dos tercios de los casos, la curación se ha efectuado en tres y doce días; pero de todos modos, puede, según Guyon, realizar la antiseptia de las vías urinarias y no se le ha encontrado hasta hoy contra-indicación especial al caso que nos ocupa; no tiene gran acción sobre el fermento amoniacal, pero sí, según Bazy, sobre las bacterias piógenas que sabemos acompañan al gonococcus, y de las que es necesario prevenir su acción.

Estado represible—blenorrea.—La blenorragia aguda ha declinado al grado que la erección y la micción no son ya dolorosas; el meato no está ya rojo ni tumeficado; el escurrimiento presenta los caracteres indicados por Diday. Los gonococcus vuelven á la superficie, se hallan de nuevo accesibles directamente á la acción de nuestros medicamentos, con la reserva, sin embargo, de las dificultades inherentes á la anatomía de la mucosa uretral; la superficie de ésta, como lo hace observar Diday, no es una superficie lisa, es una superficie cribada de agujeros y depresiones por donde emigran los gonococcus hacia las glándulas de Cooper, de la próstata, las glándulas de Littre, etc., sitios donde se alberga y puede substraerse á la acción de los tópicos.

En la blenorragia crónica las condiciones son semejantes; los gonococcus han vuelto á la superficie, y un escurrimiento, reducido muchas veces á la gota matinal, es la única manifestación de la flegmasía crónica; á semejantes condiciones corresponde un tratamiento semejante en estos dos estados de la blenorragia; pero en la blenorragia crónica hay una dificultad más que vencer: la estrechez larvada ó confirmada del canal; la dilatación lenta y progresiva por medio de las sondas, ayudada en caso necesario de la divulsión, de la uretrotomía ó de la cauterización, debe practicarse en el antiguo blenorreico; si bien es cierto, como lo hemos dicho ya, que no es una condición sine quâ non, para combatir un escurrimiento crónico,

combatir la estrechez que le acompaña, no es menos cierto que la dilatación por el cateterismo se muestra eficaz por sí solo algunas veces. Conforme á la opinión de Otis, pero sin llegar á su fórmula paradoxal, es necesario admitir en el antiguo blenorreico, en ausencia de una estrechez confirmada, un estado particular de las paredes de la uretra, cuya razón la ha suministrado la anatomía patológica contemporánea, una especie de uretritis esclerosa que reclama la suavización por las sondas dilatantes. En la blenorragia crónica, la exploración del canal debe hacerse en dos veces, sin perjuicio de las exploraciones necesarias para descubrir la uretritis profunda. La primera tiene por objeto determinar el sitio de la flegmasía crónica en la uretra anterior; la segunda vez explorar la dilatabilidad del canal. Para la primera se toma un olivo núm. 16 á 18, por ejemplo, y se lleva en la uretra hasta que venga á chocar á la entrada de la porción membranosa, con el esfínter uretral; no debe contarse por centímetros; se trata de una sensación de detención, clara á toda mano experimentada, y no de una medida de variaciones individuales múltiples; la presión de la bola, tendiendo á penetrar en la porción membranosa, provoca además una sensación de sufrimiento; se lleva entonces el olivo hacia el meato, el olivo sale impregnado de mucosidades purulentas; es que se ha ido, según la expresión de Jamin, á "pescar el pus á su nido," en su albergue verdadero, el fondo de saco bulbar. A veces la secreción no aparece en el meato, sino después que se retira el olivo; éste ha entreabierto las paredes del canal, y haciendo émbolo, ha arrastrado las gotas purulentas. Si el olivo no se encuentra en su trayecto otros puntos dolorosos, la lesión se ha localizado solamente en el fondo de saco bulbar. Para la segunda exploración se toma un olivo del núm. 20. Este olivo más grueso es más fácil que tropieza con las estenosis larvadas, bosquejadas de la uretra; llevándolo del fondo á la parte anterior, el talón tropezará con menudas bridas en serie, en la porción peniana, bosquejos de estrecheces y causas de inflamación perenne. Manejando suavemente y con tacto el olivo, tiene sobre todo en la uretra an-

terior una precisión igual á la del endoscopio. No es que el uretroscopio no haya prestado servicios; el trabajo de Grünfeld muestra cuánto el diagnóstico topográfico puede con el uretroscopio ganar en precisión; desde que el examen endoscópico ha permitido hacer la anatomía patológica sobre el vivo, se han podido reconocer y curar lesiones desconocidas y discutidas, como la uretritis granulosa, herpética, etc.; pero á pesar de las modificaciones llevadas al uretroscopio, por Langlebert, Mathieu, Courriard, es un instrumento que causa dolor, no es de una sencillez ejemplar en su manejo, y es costoso.

Salvo las indicaciones que presenta la estrechez, el tratamiento es el mismo en el estado irrepresible y en la blenorragia crónica, que muchas veces no difieren sino por su duración; si acaso pudiéramos agregar que los balsámicos tienen como momento más propicio para su aplicación, el estado represible de la blenorragia aguda; pero uno solo y mismo objeto se persigue en estos dos estados de la blenorragia: extinguir el escurrimiento. A reserva de aplicar el tratamiento que le parezca más adecuado entre los numerosos que se han propuesto, el práctico no debe olvidar las diversas causas que pueden influir á que el escurrimiento se eternice; así debe combatir los estados constitucionales que con certeza ó probabilidad influyen sobre la cronicidad; debe debridar los meatos estrechos y cauterizar los folículos inflamados próximos al meato; para esto hay un procedimiento muy sencillo y eficaz: se introduce el extremo no afilado de una aguja en el canal excretor de la glándula, se protege el glande con un papel ó un delgado cartón, atravesado por la aguja, y se calienta la parte libre de ésta hasta que la cauterización sea juzgada suficiente; no deben desdeñarse tampoco las prescripciones higiénicas.

Hechas estas observaciones, vamos á pasar en revista los agentes internos y externos propuestos contra el escurrimiento y los medios de emplearles, no deteniéndonos sino en aquellos á los cuales damos la preferencia. Hay pocas enfermedades contra las cuales se hayan empleado y preconizado tantos medicamentos como contra el escurrimiento blenorragico ure-

tral. Para unos los agentes internos bastan y son los únicos que deben ponerse en uso; para los otros y son ya hoy el mayor número, los medicamentos tópicos, al contrario, bastan y son más que suficientes para curar el escurrimiento uretral; algunos, en fin, convencidos que un justo medio es un buen método entre dos sistemas tan opuestos, utilizan juntamente la medicación interna y la medicación externa.

Medicamentos internos. Oleo-resina de copaiba.—Impropia- mente denominada bálsamo de copaiba, esta óleo-resina, que se saca del *Copaífera officinalis, guayanensis, cordifolia*, Legumi- nosas, es un líquido transparente cuando es reciente, pero se pone amarillo y se espesa con el tiempo. Su olor es nauseoso, su sabor acre y repugnante. Se le administra en poción (poción Chopart, la obra maestra del mal gusto, como justamente se le ha llamado), en electuario, en cápsulas de gelatina ó de glu- ten, en píldoras asociadas á la magnesia que posee la propie- dad de solidificarle.

Según la mayoría de los autores, Rollet, Diday, entre otros, es el remedio soberano de la blenorragia, al grado que algunos le consideran como un medio de diagnóstico; si á veces no se ha mostrado eficaz, es que se le ha administrado en el estado irrepresible, en donde si á veces surte, las más veces no se consigue sino habituar el organismo á la acción de la óleo-resina y hacer que administrada después, en la madurez, no sea ya eficaz. Se señala también como causa de mal éxito, que no se comienza por la dosis conveniente, 4 á 8 gramos, que debe disminuirse á medida que el escurrimiento cesa, y que no se continúa administrando después que el escurrimiento ha cesado, 4 á 6 días más. No es raro, dicen los partidarios de esta óleo-resina, ver el escurrimiento, bajo su influencia, disminuir has- ta la mitad ó las tres cuartas partes y desaparecer pronto inte- gralmente. ¿Esta opinión no será demasiado absoluta? Así lo creemos, no la hemos visto producir tan felices resultados; sin embargo, respetamos la opinión de los antiguos y la larga prác- tica de los contemporáneos, que defienden aún su empleo, re- servándonos usarle como auxiliar del tratamiento tópico, sin

llegar á muy altas dosis y sin prolongar demasiado su empleo, porque si tiene una acción anti-blenorrágica, tiene también efectos peligrosos sobre el aparato digestivo, los riñones, las vías respiratorias y sobre la piel. A pesar de los esfuerzos de los fabricantes y de los farmacéuticos, que han ejercido un celo especial en sus preparaciones, bajo cualquiera forma que se emplee, la óleo-resina copáibica produce eructos fétidos, náuseas, á menudo vómitos, siempre un aliento desagradable. El estómago más sólido no puede tolerarle largo tiempo y se irrita, y si se insiste en ingerirle aún, sobreviene el vómito. A algunos enfermos, en vez de vómitos, les vienen evacuaciones abundantes á veces, que les fatigan y les agotan. El apetito que aumenta á muy pequeñas dosis, disminuye y después desaparece. La gastralgia, la dispepsia, no es raro que aparezcan y subsistan después del abandono de la medicación copáibica.

Después de la absorción, la copaiba se elimina por los riñones (esencia y resina), por las vías respiratorias y por la piel (esencia principalmente). Las orinas se hacen espumosas y adquieren un olor característico, que denuncia al enfermo; sometidas á la acción del ácido nítrico, presentan un enturbiamiento que puede simular un precipitado albuminoso, del cual se distingue por su completa solubilidad en el alcohol y en el éter: lo que permite considerarle como formado por la resina; si la dosis es aumentada las orinas llegan á ser realmente albuminosas y sanguinolentas. La eliminación de la esencia por las vías respiratorias y por la piel, trae consigo un olor particular del aliento y del sudor, irritación de los bronquios, sensación de sequedad, de calor, tos y por parte de la piel una erupción particular que lleva el nombre de roseola copáibica y cuya duración varía entre dos y quince días, según Bazin, sin que su duración esté subordinada á la de la medicación, según lo demuestran las experiencias de Rodet. Hemos visto que las orinas se cargan de los principios constituyentes de la óleo-resina copáibica, especialmente de la resina; esta circunstancia ha hecho considerar la acción anti-blenorrágica de la copaiba, como una acción local, y es de observación que se muestra abso-

lutamente ineficaz contra las blenorragias que no tienen por sitio las vías urinarias. ¿Pero entonces por qué no emplean la copaiba en inyecciones y se evita ingerir esta substancia nauseosa y desagradable para el estómago y de acción peligrosa para los riñones? Es lo que han pensado algunos autores y han empleado sea los elementos separados de la copaiba, agua destilada de copaiba, el residuo seco de la destilación de la óleo-resina, sea la copaiba con sus dos elementos reunidos, pero sus tentativas no han sido seguidas de éxito, y es necesario pensar que la digestión imprime á la copaiba modificaciones íntimas, particulares que le dan sus propiedades antiblenorrágicas. Si ahora se trata de precisar en virtud de qué acción obra la copaiba, tendremos que confesar nuestra impotencia. ¿Será su acción antiséptica, como lo quieren los autores modernos ó será una acción sui géneris especial?

Cubeba.—Es el polvo del fruto desecado del *Cubeba piper*—Piperineas. Se le ordena en forma de electuario, puro, ó en pan ázimo ó diluído en agua; se ha alabado su esencia en forma de cápsulas, así como su extracto óleo-resinoso.

La cubeba, en la blenorragia, se toma á las dosis de 10 á 20 gramos, es decir en cantidad poco más que el doble que la copaiba, con la cual es frecuente mezclarle para hacer opiatos antiblenorrágicos. Como la óleo-resina precedente, puede ocasionar una erupción cutánea, bien que más rara vez. Su acción es menos pronunciada que la de la copaiba, bien que la cubeba parece obrar como ella, cediendo sus principios medicamentosos á la orina. A alta dosis la cubeba congestiona el recto, provoca calor en el ano, tenesmorectal muy doloroso y una diarrea abundante. Está lejos de ser amigablemente soportada por el estómago; así debe usarse con las reservas que la copaiba.

Mático.—Los ingleses han alabado demasiado la hoja del *Piper angustifolium* ó mático, de la misma familia que el *Piper cubeba*. Se da este medicamento bajo diversas formas que la medicina de patente se ha apropiado ó simplemente en infu-

sión, 10 gramos por 1,000 de agua. El málico no tiene más valor que la cubeba.

Sándalo citrino.—La esencia del sándalo citrino, producto del *Santalum album*, Santalaceas, fué experimentado por el Dr. inglés Henderson, por Panas, Simonet, y estudiado por G. Durand en su tesis inaugural. Es un sucedáneo de la copaiba y de la cubeba y nada más; su acción es menor y sus inconvenientes iguales. Se le administra en cápsulas, 10 á 12 al día de 0'25 centígramos.

Trementina.—*Alquitrán.*—*Bálsamos del Canadá, del Perú.*—*Mastic.*—*Olibano.*—Estas sustancias son menos activas que la copaiba y la cubeba; son de un uso poco agradable y se administran con más razón en la cistitis que en la blenorragia uretral.

Sub-acetato de plomo.—*Alumbre.*—*Ratania.*—*Catecú.*—*Quina.*—*Quino.*—*Oxido de fierro.*—Todas estas sustancias, rara vez son ordenadas solas, son en general asociadas á la cubeba y á la copaiba y no tienen otra acción que impedir la diarrea que ocasiona el uso de estos últimos agentes.

La cantárida ha sido también aconsejada contra las blenorragias, con resultados por supuesto nulos. Este peligroso coleóptero ha sido ya desde hace tiempo abandonado, con razón.

Coloquintida.—*Goma-guta.*—*Aguardiente alemán.*—*Acibar.*—*Croton tiglium.*—Estos drásticos y principalmente la coloquintida, por su poderosa acción sobre el intestino, son de tiempo inmemorial un remedio popular. La derivación considerable que engendran puede á veces disminuir un escurrimiento, pero sus ventajas están lejos de compensar los peligros de su empleo, que por otra parte no pueden nada contra los gonococus.

Bitartato de potasa y podofilina.—Asociados estos medicamentos, han sido un remedio recomendado por Rich. juntamente con las inyecciones de permanganato de potasa; pero evidentemente no hay en esto nada útil que el permanganato.

Pólvora y alcohol.—Los militares se sirven á veces, hoy menos que antes, de aguardiente en el cual diluyen pólvora. Este

extraño remedio está muy lejos de ser satisfactorio y debe proscribirse en vez de recomendarse.

Si se exceptúa el salol, el kawa-kawa, que son de recomendarse, el ácido bórico, el benzoato y el salicilato de sosa y algún otro medicamento que han hecho poca fortuna, la terapéutica moderna no ha aumentado el número ya crecido de los medicamentos internos contra la blenorragia, aun respecto á los anti-sépticos, y esto parece obedecer á dos motivos: primero, que la medicación tópica se ha perfeccionado; segundo, que se tiene en cuenta esta circunstancia; tomado el anti-séptico, aun á la dosis máxima posible, disuelto en toda la masa sanguínea, al eliminarse por la orina, llega á tal grado de dilución que á nadie le ocurriría usarle en inyecciones anti-sépticas tan débiles, para curar la blenorragia; por el contrario, los autores modernos han contribuido no poco á aumentar el número de los medicamentos externos.

Medicamentos externos.—Sulfato de zinc.—Sub-acetato de plomo.—Alumbre.—Tanino.—Tanato de zinc.—El sulfato de zinc, solo ó unido al extracto de Saturno, es muy conocido del público que lo emplea diariamente. Es generalmente la base activa de la inyección que dan los farmacéuticos, consultados con frecuencia sobre el tratamiento de la blenorragia, quienes en una fórmula semejante á la de Ricord, menos la tintura de catecú, asocian el sulfato de zinc, con el extracto de Saturno y el láudano de Sydenham. El sulfato de alúmina y de potasa, el ácido tánico, el tanato de zinc, son las bases de numerosas inyecciones magistrales ó de especialidades; pero todos estos medicamentos no son ante todo sino poderosos astringentes, que obran como tales y cuyos resultados están lejos de ser constantes; por otra parte, todos estos agentes ocasionan una especie de retracción de la mucosa que hace la micción difícil y dolorosa y con frecuencia provocan tenesmo.

Catecú.—Ratania.—Sulfato de cobre.—Piedra divina.—Respecto á los dos primeros, podemos decir lo mismo que del tanino y otros astringentes, hacen la micción dolorosa y además tienen el inconveniente de dejar manchas indelebles sobre la ro-

pa. El sulfato de cobre y la piedra divina, tienen las propiedades del sulfato de zinc, pero son más soportables, porque el dolor que causan es menor, particularmente el de la piedra divina, que la confeccionan con sulfato de cobre y alumbre, mitigados con alcanfor y nitrato de potasa.

Percloruro de fierro.—Proto-ioduro de fierro.—Son otros dos astringentes más del antiguo arsenal; parecen haber dado regulares resultados, pero la coloración especial, que dan á las mucosas y á la ropa y los serios sufrimientos que engendran, han obligado desde hace largo tiempo á renunciar á su empleo.

Sub-nitrato de bismuto.—Las inyecciones que contienen en un vehículo acuoso de 100 gramos, 3 á 15 gramos de sub-nitrato de bismuto, tienen por objeto, dejar en el canal uretral, una sal insoluble que aisle sus paredes, absorba el pus y modifique ventajosamente la secreción. Pero estas inyecciones aisladoras, provocan á menudo tenesmo vesical, y aumentan el dolor al paso de la orina, que debe, para salir, luchar contra el obstáculo mecánico de una especie de tapón, formado por el sub-nitrato y el moco-pus. ¿No es de temerse también que una cierta cantidad de sal insoluble, penetrando en la vejiga no se rodee de mucosidades, de sales urinarias y no sea el punto de partida de un cálculo?

Cloruro de zinc.—Goudriot, empleó esta substancia antiguamente, en lugar del nitrato de plata para hacer abortar la blenorragia, Ricord se sirvió de él contra la blenorrea, y parece que alcanzaron éxitos uno y otro. El cloruro de zinc, es un cáustico que como es sabido no disuelve los tejidos, al contrario, los hace más duros y no les infiltra jamás. Posee la gran ventaja de no provocar sino un escozor insignificante, de no ocasionar ningún accidente ni causar tenesmo, según Pouillet, quien lo recomienda á la dosis de 1 á $1\frac{1}{2}$ por 200 de agua destilada; pero por falta de experiencias recientes no nos atrevemos á recomendarle, á no ser en escurrimientos sin gonococcus; por ejemplo, para el flujo mucoso, consecutivo á las blenorragias, en donde debe ser un excelente modificador de la mucosa. En el arse-

nal antiguo se encuentran algunas substancias antisépticas, por ejemplo el cloroformio, que se usaba en solución al 2 y 3 por ciento, el sublimado corrosivo que cuenta aún hoy con algunos partidarios, pero uno y otro aun á las dosis débiles del segundo $\frac{1}{15000}$, $\frac{1}{20000}$, límite de su acción antiséptica, irritan demasiado y son muy dolorosos. El permanganato de potasa se encuentra también en la terapéutica antigua, Rich preconizaba su empleo á la dosis de 1 por ciento; actualmente es el objeto esta substancia de numerosas experiencias, sea en inyecciones al $\frac{1}{4000}$ (Hartmann), sea en lavados continuos al $\frac{1}{3000}$ (Tuffier) ó al 1 por 4,000 y 5,000 (Balzer), esperemos sus resultados.

Un gran número de medicamentos son recomendados por nuestros contemporáneos en la medicación tópica, citaremos algunos de ellos, no diremos todos, porque entre las numerosas enfermedades que afligen al hombre, son seguramente los escurrimientos uretrales los que han hecho nacer mayor número de específicos farmacéuticos; esto nos advierte á no usarlos sino con reserva y á preferir, en igualdad de circunstancias, los que estén ya experimentados. Balzer y Ducastel recomiendan la resorcina al 3 y 4 por ciento en inyecciones, al 1 por ciento en lavados continuos; es raro que sea irritante y mal tolerada; es una substancia, entre las de la terapéutica moderna, de las más si no la más inofensiva y á la vez la hemos visto conducir á resultados satisfactorios; no es raro que suspenda el escurrimiento y con frecuencia lo disminuya, sin que la hayamos visto en una serie ya numerosa de casos, agravar la enfermedad en ninguno; parece ser más eficaz aún, si se le asocia la piridina al 0.30 por ciento de la solución de resorcina. Brieger, recomienda la hidroquinona al 1 por ciento; Brocq, el ictiol; Neisser, el sulfoictiolato de amoniaco á la misma dosis de 1 por ciento; refieren haber tenido buenos resultados y que son bien tolerados por la uretra. Bourmann, emplea con predilección el retinol, cargado de iodoformo ó de resorcina.

El Dr. Gall ha empleado el sulfato y el nitrato de talina en inyecciones al 2 por ciento, la enfermedad ha disminuido en más de quince días, de su duración media, á decir del autor; hace

dos inyecciones de diez centímetros cúbicos cada una, á continuación la una de la otra, la primera siendo inmediatamente arrojada; se puede, dice, matar los gonococcus é impedir su emigración en el aparato vesico-renal. Recomendaba también Gall, de preferencia para la blenorrea, candelillas de sulfato de talina al 5 por ciento. Hanika, llena la uretra, una ó dos veces por día, de una mezcla compuesta de tanino, iodoformo y sulfato de talina á partes iguales; disminuye todo lo posible la cantidad de líquidos ingeridos por el enfermo, á fin de retener este polvo en la uretra siete á diez horas sin orinar.

El sulfato de quinina en inyecciones al 1 por ciento ha sido recomendado por Mestre y ha sido estudiado por Delorme, que llega á estas conclusiones: No provoca dolores, á veces solamente una sensación de calor en el canal que desaparece espontáneamente. Las inyecciones obran mejor tibias. Se han obtenido mejorías rápidas, pero la curación definitiva no se ha obtenido sino al fin del primer mes de tratamiento.

Peterson atribuye eficacia contra la blenorragia, al azul de metileno y recomienda las inyecciones al $\frac{1}{1000}$ y al $\frac{1}{2000}$.

Dejemos esta lista ya grande de medicamentos, se puede decir que hay pocas sustancias minerales ó vegetales que no hayan sido empleadas contra la blenorragia; pero todos estos productos farmacéuticos, ceden el paso al único específico hasta hoy bien reconocido y á la vez el mejor modificador, el amigo de las mucosas, como le llama Guyon, me refiero al nitrato de plata, convenientemente empleado. Esto no quiere decir que desechemos en lo absoluto los demás medicamentos; los anti-sépticos de la terapéutica moderna, tienen cuando menos, la mayor parte de ellos, la ventaja de ser inofensivos y disminuir las probabilidades de infección bacteriana; con los medicamentos del antiguo arsenal y con los de la terapéutica moderna se han obtenido éxitos que no podemos negar y por eso es necesario tener en cuenta esos agentes terapéuticos; pero su eficacia queda aún discutible.

Hagamos ahora un bosquejo histórico de los diversos medios de practicar la medicación tópica. De las investigaciones del Dr.

L. Paris, resulta que Galeno es el primero de los antiguos que ha hablado de la medicación tópica de la uretra, bien que en su época se considerasen todas las afecciones urinarias como el resultado de carnocidades, ó carúnculos vegetantes, situados en el contorno de la vejiga. Para Galeno el tratamiento era de dos especies: 1º, Inyecciones de líquidos emolientes, ó astringentes. 2º, Polvos de alumbre, sublimado, sabina etc., incorporados en excipientes diversos y llevados á la uretra por medio de catéteres. Según Galeno, en un tiempo en que la anatomía patológica era aún desconocida, Francisco de Pedemonte aconsejaba inyectar, con una geringa, polvo de azafrán y alcanfor diluïdos en agua "si existía dolor en el pene, causado por una materia que se escurría del canal."

En 1460, J. de Vigo ordenaba también inyecciones y en caso de fracaso el cateterismo.

Guainerius, en 1508, hace mención de las candelillas de cera.

A. Ferri, en 1551; A. Lacuna, en la misma época; Cristóbal de la Vega, en 1552; Diaz, en 1588, proponen en sus obras, el uso de candelillas untadas de substancias cateréticas ó cáusticas, exponen al mismo tiempo la manera de servirse de ellas, y señalan los accidentes que pueden ocasionar, indicando los medios de remediarlos.

En cuanto á la invención de estas candelillas y á su aplicación en la uretra, A. Lacuna atribuye esa honra, á Felipe de Lisboa; en tanto que Amatus Lusitanus dice, que su maestro Altaride, profesor de la universidad de Salamanca, enseñaba el empleo de ellas, en sus lecciones. De donde se deduce que la medicación por las candelillas porta-medicamentos era conocida hacia 1500, época probable de los estudios de Amatus Lusitanus.

Según Malgaine, Amatus Lusitanus, se servía de candelillas de cera blanca con trementina, de ranura circular, untadas de una preparación caterética de acetato de cobre. Habla también de sondas flexibles, untadas de preparaciones diversas: alumbre, albayalde, etc.; recomienda no emplear estos remedios,

sino en el estado sólido y no en líquidos, para evitar invadan la mucosa sana.

Ambrosio Paré se servía de las candelillas de Ferri ó de un instrumento de su invención. Era una cánula de plata, por la cual llevaba hasta el punto enfermo un polvo medicamentoso.

Hacia fines del siglo XVI y al principio del XVII, Fabricio de Aquapendente, introducía en la uretra una cánula de plata de su invención, por medio de la cual hacia caminar hasta la lesión un saquito de tela cargado de sustancias activas que abandonaba en el sitio de la lesión uretral, retirando la cánula. Al saquito estaba atado un hilo que quedaba en el exterior del canal.

La introducción del nitrato de plata en la terapéutica con Wiseman, Hunter y otros, hizo abandonar más ó menos todas las medicaciones anteriores, durante el siglo XVIII, pero en este siglo se vió cesar en parte el entusiasmo por el nitrato y revivir las medicaciones de los autores del siglo XVI. En efecto, tanto en el tratamiento de las estrecheces, como en el de la blenorragia, Bretonneau (1830) y Velpeau (1839) se sirven de candelillas untadas de grasa que contienen antimonio ú óxido de zinc.

Jobert de Lamballe (1862) usaba la candelilla untada de alumbre de A. Ferri. Recomienda dejarle diez minutos en su lugar y le reconoce una acción química y mecánica.

Cullerier combatía la gota militar por medio de candelillas untadas de pomadas resolutivas.

M. Ricord, en su traducción de Hunter, aconseja para la misma afección sondas cubiertas de cerato mercurial ó de pomada de nitrato de plata.

Civiale mojaba las sondas, en una solución de nitrato.

Legrand recomienda las candelillas de Amatus Lusitanus, de ranura circular, cargadas de alumbre.

Vinci de Nápoles, Martin, se sirven de catéteres acanalados para llevar medicamentos en el canal uretral.

En 1862, Domec, según Laugier, inventó un porta-tópico, verdadera modificación de la cánula de A. Paré.

Un médico de Pont-du-Château, Dubé, se servía de una sonda hueca, de oliva cribada de agujeros y que contenía una pequeña esponja embebida de una solución de nitrato de plata que exprimía en el canal por medio de un mandrín.

M. Desormeaux cauteriza los puntos enfermos del canal, que ve por medio de su endoscopio ó uretroscopio, instrumento ingenioso que permite ver el interior de la uretra y cuyas mejoras recientes han vuelto su empleo más seguro si no más cómodo.

En 1866, Mallez presentó á la Academia de medicina de Paris, un aparato destinado á hacer insuflaciones en la uretra, reminiscencias, según Pouillet, de un aparato de Jacquemier, construído en 1862.

En el Hospital de Necker, Guyon, hace unos 23 años, inauguraba un instrumento compuesto de una cánula filiforme, atornillada á una jeringa de Pravaz y contenida en una candelilla de olivo perforado de una abertura, para el paso de la solución medicamentosa.

En estos últimos años, Guyon ha modificado su instilador; veremos en qué consiste actualmente y el modo de practicar las instilaciones.

M. Langlebert ha introducido una innovación á las inyecciones con su jeringa de chorro-retrógado; pero hay otro procedimiento de medicación tópica, aún más reciente, que cuenta ya sin embargo numerosos partidarios: el procedimiento de lavados continuos de la uretra. Este procedimiento, á pesar de ser tan reciente ha recibido numerosas modificaciones que le han perfeccionado; del lavado con sifón ó con la sonda de Nélaton se pasó brevemente sobre el lavado con la sonda de Pezzer y la sonda de Finger, y se ha llegado al lavado más completo y más seguro de la uretra anterior, por el procedimiento de Lavaux, que tiene por base la resistencia del esfínter uretral determinada por el mismo autor; esta es hasta hoy

la última palabra sobre la medicación tópica, contra la blenorragia y la antisepsia uretral.

En el procedimiento de Lavaux tenemos el mejor medio de aplicar el tópico de elección, el nitrato de plata en la blenorragia de la uretra anterior. ¿Qué debemos hacer para aplicar el mismo tópico en la uretra profunda? Las instilaciones en la uretra profunda no tienen la incertidumbre de que se les acusa en la uretra anterior, porque siendo esta porción esfinteriana, la tonicidad y contractibilidad del esfínter, esparce el tópico instilado en todo el segmento profundo de la uretra y por consiguiente en el punto enfermo, y si se hace proceder y seguir la instilación de lavados vesicales, de preferencia lavados sin sonda con los tubos de Lavaux, haremos la acción del nitrato más eficaz y evitaremos los inconvenientes del contacto prolongado del exceso del nitrato con la mucosa; así limitado y modificado el empleo de las instilaciones, creemos en nuestro humilde concepto, deben ser el procedimiento de elección en la uretritis profunda y que constituyen por hoy el complemento del procedimiento que tan felizmente ha inaugurado Lavaux, para la uretra anterior.

Vamos á ocuparnos sucintamente del procedimiento moderno de instilaciones de Guyon; después daremos el manual operatorio de Lavaux y por último nos ocuparemos de nuestras propias experiencias con estos dos procedimientos combinados; pero antes debemos insistir de nuevo en que no debe olvidarse, en la blenorrea, combatir la estrechez larvada ó confirmada que tan á menudo le acompaña; se hará así al enfermo un doble beneficio, extinguirle el escurrimiento y librarle de los peligros que le amenaza la estrechez.

Procedimiento instilador de Guyon.—El aparato de Guyon para instilaciones, se compone actualmente de un explorador de goma, de bola olivar, hueco en toda su longitud y perforado de un fino orificio, en la cima de su olivo terminal; de una jeringa cuenta-gotas, análoga á la de Pravaz, de una capacidad de tres á cuatro veces mayor y provista en el tallo del émbolo de un paso de tornillo, cada media vuelta del émbolo corres-

ponde á una gota; de una pequeña cánula filiforme en el interior, cónica y dispuesta en paso de tornillo en el exterior, que permite adaptar exactamente el explorador á la jeringa.

La manera de practicar las instalaciones es bien fácil. Se carga la jeringa con la solución escogida de nitrato, se fija la cánula y se ajusta el explorador del número 18 á 22, para obturar bien el canal; se da vuelta al émbolo cuantas veces sea necesario, para llenar el explorador y que una gota salga por el orificio olivar; esto es necesario para expulsar el aire del explorador y ver si no se encuentra obstruído; se introduce en seguida el olivo hasta el fondo de saco vulvar, sitio frecuente del acantonamiento de la lesión; la resistencia que ofrezca el esfínter, será el punto de referencia, aparte del dolor que despierte; se retira el olivo 1 ó 2 centímetros del esfínter y entonces se dan al émbolo las vueltas necesarias para hacer caer 6 á 12 gotas; se va sacando en seguida el explorador, observando las resistencias que encuentre la base del olivo y el dolor que despierte, y en cada uno de esos puntos estenosados y dolorosos se ponen igualmente 6 á 12 gotas; al llegar á la fosa navicular, no es raro que se le encuentre dolorosa, se hacen caer ahí las gotas de nitrato, obturando el meato con los dedos para evitar su expulsión inmediata. Para la uretra profunda se hace franquear al olivo el esfínter uretral, se tira en seguida ligeramente, la base del olivo encuentra el esfínter uretral que resiste, la punta mira entonces hacia la próstata, se dan 5 á 15 vueltas al émbolo para hacer caer 10 á 30 gotas.

Las dosis en que debe emplearse el nitrato en la solución, varían del 2 al 5 por ciento; es conveniente comenzar por las dosis débiles, para explorar la sensibilidad de la mucosa, y aumentar las dosis progresivamente, á medida que los tejidos se habitúan. Una instilación terciada ó cada tres días, puede bastar.

Procedimiento de Lavaux.—El Dr. Lavaux hace el *lavado continuo* de la uretra anterior, por medio de una verdadera sonda de doble corriente. Este pequeño instrumento se compone de un tallo cilíndrico, hueco, recto, de 30 centímetros de longitud.

de un milímetro dos tercios de diámetro, ensanchado en una de sus extremidades y terminado en la otra extremidad, por una bola de forma olivar, alargada, análoga á la extremidad del his-terómetro; este olivo tiene en su diámetro menor 3 milímetros dos tercios, está provisto de cuatro ranuras profundas; el orificio de salida, situado en su extremidad, tiene un milímetro de diámetro. Esta sonda es de plata, para evitar su oxidación y darle todas las formas que se deseen, por medio de un mandrín lleno, anexo á la sonda y que además sirve para desobs-truirle.

Para hacer el lavado, se adapta la extremidad ensanchada de la sonda, á un largo tubo de cautchuc, ajustado por su otra extremidad á un recipiente situado á un metro 30 centímetros de altura, altura de la cual debe caer el líquido que va á emplearse. Se introduce en la uretra, estando el pene colocado verticalmente, la extremidad olivar del instrumento, que se lleva suavemente hasta el fondo del saco vulvar. El líquido vuelve por las ranuras, después entre el tallo del instrumento y las paredes del canal que lava; como se ve, es un lavado de atrás para adelante. Una vez instalado el aparato se le deja funcionar tan largo tiempo como se quiera; es un verdadero lavado continuo en el sentido de su duración, y de que se pueden hacer pasar líquidos diversos sin interrumpir el lavado. Si se quiere detener por un instante el lavado, basta comprimir con los dedos ó con una pinza de Pean el tubo de cautchuc.

Hemos visto que el diámetro del orificio de salida de la sonda es de un milímetro. El cálculo muestra que la presión suministrada por este aparato no sobrepasa de 8 gramos. Pero, como la más débil presión, según Lavaux, necesaria para forzar el esfínter es de 14 gramos 967 miligramos, y como por otra parte se tiene cuidado de no cerrar la uretra, apoyándose sobre el meato, resulta que el líquido no puede penetrar en la uretra posterior y la vejiga. Se opera pues, con toda seguridad, lo que es importante, sobre todo en el modo de tratamiento de la blenorragia, por el nitrato de plata en lavados; por otra parte, el orificio de salida del líquido, estando en la cima del

olivo, hay seguridad de que el líquido baña el fondo del saco vulvar hasta el esfínter, inclusive su límite anterior; en esto está fundada la superioridad del manual operatorio de Lavaux sobre los otros; es el único procedimiento que permite hacer el lavado de la uretra anterior de una manera cómoda, segura y completa.

Hé aquí cómo dice Lavaux que opera contra la blenorragia. Hace primero pasar solución bórica concentrada, después, cuando todo el pus ha sido expulsado y la solución sale bien clara, coloca una pinza de Pean sobre el tubo de cautchuc para interrumpir el escurrimiento del líquido, y sustituye al vaso que contiene la solución bórica, otro vaso que contiene la solución elegida de nitrato de plata. Quita la pinza y deja pasar la solución de nitrato durante dos ó tres minutos. Interrumpe de nuevo el escurrimiento del líquido, para quitar esta solución y reemplazarle por el agua boricada, con la cual hace un último y amplio lavado. Los diferentes tiempos de esta operación no exigen más de un cuarto de hora.

Las dosis á que debe emplearse el nitrato y el intervalo entre dos intervenciones, varían según la intensidad del estado inflamatorio y según la acción más ó ménos rápida de la medicación. El autor comienza ordinariamente por una solución de nitrato al dos por ciento, sobre todo al principio de la blenorragia y también en el período agudo, que él juzga inofensivo y benéfico combatir.

El enfermo es puesto en reposo y se tiene cuidado de rodear el pene de compresas frías, frecuentemente renovadas, durante algunas horas. Si al día siguiente, los fenómenos inflamatorios son poco marcados y el escurrimiento se ha suspendido, lo cual no es raro observar, se espera. Si no hay mejoría, hace el autor un nuevo lavado con solución al uno ó al dos por ciento, con las mismas precauciones que la víspera. Si 24 horas después de esta nueva intervención el escurrimiento es suprimido, espera, si no emplea una solución al uno ó dos por ciento, que es necesario renovar el cuarto día. Para las blenorragias en estado de madurez y para la blenorrea, el autor recomien-

da el uso de soluciones débiles, del medio al uno y medio por mil ($0.\frac{50}{1000}$ á $1.\frac{50}{1000}$).

Hé aquí los hechos que asienta el autor, según un cierto número, que no precisa, de observaciones, que se refieren exclusivamente á uretritis anteriores en el período prodrómico y en el período agudo de la blenorragia:

La introducción de la sonda para el lavado de la uretra anterior es muy poco dolorosa, aun en el período agudo de la blenorragia, á veces determina un dolor un poco vivo, al nivel del ligamento suspensor del pene, debido á la disminución del calibre de la uretra en este punto; pero basta tender fuertemente el pene para atenuar de una manera notable esta sensación dolorosa; la aplicación del tratamiento como él lo prescribe no es seguida de accidentes de importancia, no hay sino una reacción ligera, el dolor sobre todo ha desaparecido al cabo de una hora, supresión total ó casi total del escurrimiento al cabo de uno, dos, tres, cuatro días después del principio del tratamiento. Sin embargo de que el autor no ha tenido ocasión, dice él, de tratar sino una blenorragia de 48 horas, todas las demás estaban al menos al cuarto día; la mayor parte databan de ocho á diez ó quince días, los gonococcus disminuyen rápidamente. Ha habido vueltas ofensivas que han prolongado la medicación, pero han cedido fácilmente. En enfermos de su clientela se ha cerciorado de que la curación es efectiva y que se sostiene.

Observaciones.—Con la dirección y cooperación del Dr. José M. Gayón, he puesto en práctica el procedimiento de Lavaux, para la blenorragia anterior, y el procedimiento de instilaciones, con lavados vesicales sin sonda, para la blenorragia profunda. Intencionalmente prescindimos de combatir las estrecheces, para ver lo que podían por sí solos estos procedimientos, eligiendo de preferencia, con el mismo objeto, enfermos vírgenes de tratamiento. Los casos que pudimos tratar, no son á nuestro pesar bastante numerosos para permitirnos conclusiones definitivas; pero sí fueron recogidos con previo diagnóstico causal, por medio del microscopio, y topográfico por medio de

los procedimientos que en otro lugar hemos referido, y los resultados que hemos alcanzado, 14 curaciones sobre 22 blenorragias, nos invitan á no renunciar, por hoy al menos, á los procedimientos en cuestión.

El largo espacio que ocuparía la relación detallada de los 22 casos en que experimentamos, nos impide trasplantar íntegras las historias clínicas que recogimos; así, me voy á limitar á señalar en abstracto los hechos de observación que presentan algún interés.

En los 4 primeros casos que tuvimos oportunidad de tratar, recurrimos, según las prescripciones de Lavaux, á las soluciones débiles de nitrato de plata, pues se trataba de blenorragias crónicas, sin que en 7 días de lavados consecutivos obtuviésemos ningún resultado satisfactorio; esto nos condujo desde luego á hacer la primera y única transgresión á las prescripciones de Lavaux, y no empleamos en lo sucesivo las soluciones débiles, para las blenorragias crónicas; nuestra conducta nos parecía además justificada por el sitio superficial del gonococcus en el escurrimiento crónico, por el modo de obrar del nitrato, y también por la tolerancia mayor de la blenorragia crónica, comparada con la blenorragia aguda, en la cual el mismo Lavaux no teme emplear la solución de nitrato al 1 y 2 por 100; ésto, cuando menos, nos hacía esperar la ausencia de accidentes, y por otra parte no tuvimos sino que lisonjearnos por nuestra conducta, no explicándonos por qué Lavaux recomienda las soluciones débiles en tales casos.

La introducción de la sonda causa dolor, pero un dolor ligero muy soportable, y creemos que la extracción es menos inofensiva, porque el olivo se adhiere á la mucosa durante la irrigación de nitrato; pero sin embargo, no creemos que haya alguno que desdeñe los beneficios de la medicación, por el dolor que le cause la introducción ó la extracción de la sonda, que por otra parte, podrá disminuirse con los anestésicos locales.

Sin penetrar el líquido en la vejiga, no es raro observar, durante la irrigación de nitrato, necesidad irresistible de orinar;

pero satisfecha la necesidad es un episodio que se olvida pronto, después del lavado amplio con la solución bórica.

En ninguno de los casos que tratamos, tuvimos que lamentar accidentes dignos de señalarse, excepto dos casos de uretrorragia ligera, en enfermos en el estado irrepresible.

Sobre el total de los 22 casos, en 14 tuvimos una curación completa del escurrimiento, comprobada por 10 á 15 días de observación y por la exploración repetida con la sonda olivar; entre estos 14 casos de curación, se encontraban 3 cuya blenorragia databa de tres días, 1 de quince días, 2 de tres semanas, 3 de un mes, 2 de mes y medio, 2 de dos meses y 1 de tres meses. Este último enfermo era blenorragico desde hacía diez años y contaba 25 blenorragias; la actual se acompañaba de 5 á 6 estrecheces. Los enfermos cuyas blenorragias databan de dos meses y uno de los de un mes, que habían tenido blenorragias anteriores, poseían también estrecheces y curaron rápidamente de su escurrimiento, á pesar de ellas. Uno de los enfermos cuya blenorragia era de tres semanas y el de quince días, poseían á la vez uretritis anterior y posterior, y se curaron de ambas. La suspensión del escurrimiento, definitiva, se verificó por orden decreciente en 4, 5, 3, 1 y 8 días, con una, dos, tres y cuatro intervenciones terciadas; decimos suspensión definitiva, porque no es raro se observen, aun en enfermos en quienes fracasa el tratamiento, suspensiones temporales, de horas ó de un día, para volver en seguida. Entre los 8 enfermos que no se curaron, se encuentran 3 cuya blenorragia databa de dos meses, 1 de quince días, 3 de cerca de un mes, y 1 de mes y medio. Dos de estos enfermos, cuya blenorragia era de dos meses, y 1 de los de un mes, tenían uretritis anterior y posterior; en uno de los de dos meses se pudo ver que la anterior cedió al tratamiento, y resistió la posterior.

México, Mayo de 1893.

ANTONIO URÍAS.

